



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Representaciones de las embarazadas sobre su cuerpo y sus emociones : un abordaje comunicacional para humanizar el parto

Autores (en el caso de tesis y directores):

Mariana Soledad Cortiñas García

Valeria Silvana Gurevich

Mariana Inés Conde, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2017

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales



REPRESENTACIONES DE LAS EMBARAZADAS
SOBRE SU CUERPO Y SUS EMOCIONES

Un abordaje comunicacional para humanizar el parto

Tesina de grado de Carrera de Ciencias de la Comunicación – Año 2017

Alumnas: Cortiñas García, Mariana Soledad (DNI: 29.151.536)

Gurevich, Valeria Silvana (DNI: 30.183.021)

Tutora: Conde, Mariana Inés

INDICE

1.Introducción	3
2. Estado del arte	4
3. Presentación del tema: El cuerpo y las emociones de las embarazadas	5
4. Historización del Parto Humanizado	6
5. Aspectos metodológicos	9
6. Marco Teórico	10
El mundo de las emociones	10
El miedo: una emoción presente en el embarazo	12
Dolor: El miedo más recurrente de la embarazada	14
El cuerpo: la emoción encarnada	17
El concepto de representaciones sociales	21
Las problemáticas de las representaciones sociales en torno al género femenino	22
La maternidad en su dimensión sociocultural	23
Las representaciones sociales de la mujer-madre-trabajadora	24
El embarazo y el parto: un proceso sociocultural	29
Un recorrido por las representaciones sobre el embarazo y el parto	31
El rol de la institución médica	34
Parto institucionalizado	35
Parto Humanizado	39
Cursos de preparto	41
7. Análisis de las entrevistas	46
Primer Trimestre: emociones que afloran en un cuerpo expectante	47
Anotaciones finales	51
Segundo Trimestre: emociones y cuerpo en sintonía	51
Anotaciones finales	56
Tercer Trimestre: puro cuerpo ensimismado	57
Cursos de preparto: El condimento cultural para parir	62
Licencia por maternidad: “Dulce espera” versus “deberes pendientes”	67
Anotaciones finales	70
Parto: cuerpo y emociones en su máxima expresión	71
Anotaciones finales	79
8. Conclusiones finales	84
Esbozo del Taller Integral para Embarazadas	87
Prospectiva	91
9. Bibliografía	92
10. Anexo	98
Relatos de parto, Ley del Parto Humanizado y entrevistas (adjuntas en el cd)	98

1. Introducción

En este trabajo nos proponemos analizar cómo las mujeres embarazadas transitan la gestación, abordando las representaciones que tienen sobre su cuerpo y sus emociones; el sentido que tiene para ellas el embarazo, el parto y la maternidad; así como la relación que entablan con el médico. Ahondaremos en lo que las embarazadas interpretan como *Parto Humanizado* – también conocido como *Parto Respetado*- amparado por la ley nacional nº 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento sancionada y reglamentada en Octubre de 2015.

En el estado del arte destacaremos los autores e investigaciones que nos permitieron construir nuestro tema de estudio desde el campo de la sociología, la antropología y la comunicación social. Luego presentaremos el tema de nuestra investigación con los respectivos objetivos que nos propusimos en torno a él y haremos una historización del Parto Humanizado.

En relación a la metodología describiremos la herramienta de la entrevista que fue el instrumento de investigación y de análisis que utilizamos.

El marco teórico constará de tres apartados. En el primero analizaremos las emociones del miedo y el dolor y cómo éstas se relacionan con el cuerpo de las embarazadas. En el segundo, abordaremos las representaciones sociales sobre la maternidad, el embarazo y el parto. En el tercer apartado, describiremos el rol de la institución médica y caracterizaremos la relación existente entre el médico y la embarazada como paciente. Luego, indagaremos sobre las características del parto institucionalizado y humanizado y, para finalizar, caracterizaremos los cursos de preparto que forman parte de la modalidad del parto institucionalizado comparándolos con los cursos del parto humanizado.

A continuación, presentamos el análisis de las entrevistas realizadas en base a los conceptos desarrollados en el marco teórico. Y por último, las conclusiones finales, que incluyen el esbozo de un programa de comunicación destinado a embarazadas que llamaremos *Taller Integral para embarazadas*.

Elegimos realizar esta tesina ya que luego de la intensa lectura sobre los modelos de Parto Institucionalizado y Humanizado nos interesó indagar en los motivos que conducen a las embarazadas a tomar decisiones respecto de cómo transitar el embarazo y parto.

2. Estado del arte

En el proceso de investigación de esta tesina hemos realizado un recorrido por diferentes autores e investigaciones que aportaron conceptos y perspectivas de análisis que definieron nuestro tema de estudio: las representaciones que las embarazadas tienen sobre su propio cuerpo y sus emociones.

La sociología de las emociones, con autores como Adrián Scribano (2009, 2012) y Eduardo Bericat (2000), nos ha proporcionado una perspectiva general del análisis del campo de las emociones que enriqueció nuestro tema de investigación. En nuestra tesina, hemos tomado la premisa sobre la que se basa esta rama de la sociología: la inseparable relación entre el cuerpo y las emociones y cómo ambos están condicionados por el contexto social en que se manifiestan. A su vez, la antropología del cuerpo, con Silvia Citro (2010) como autora referencial, ha sido el otro pilar que nos permitió realizar un análisis que integre el cuerpo con las emociones focalizando nuestra investigación en las mujeres embarazadas.

Específicamente, para abordar el miedo y el dolor como las emociones más recurrentes de las embarazadas hemos retomado a Michel Odent (2005) y Casilda Rodríguez Bustos (2007). La postura de estos autores se direcciona principalmente a los beneficios del parto en casa (o en instituciones que funcionan como casas de parto). Aquí queda vacante la posibilidad de brindar recursos y herramientas concretas para aquellas mujeres que deciden parir en instituciones médicas, buscando tener allí un parto humanizado.

Las tesinas de Comunicación Social (UBA) de Ingrid Zucconi y Ezequiel Martínez (2014); Paola Tabacman (2010); y Laura Vinderman, Gisela Espósito y Analía Vázquez (2011) han sido los grandes aportes de nuestra carrera sobre la temática del embarazo y el parto.

Por un lado, Zucconi y Martínez, en su tesina *“Esto es un parto”* (2014) realizaron un análisis del cuerpo en relación con la sexualidad desde ambos modelos de parto, el tecnocrático y el humanizado. Los autores sugirieron futuras investigaciones sobre los cursos de preparto desde una perspectiva que colocase la conciencia corporal como una instancia fundamental para la preparación del parto, que es lo que nosotras nos proponemos hacer.

Por otra parte, Tabacman en su tesina *“Parto y subjetividad”* (2010) abrió el interrogante sobre la función que desempeña el dolor, cómo lo padecemos e interpretamos. A partir de nuestro análisis abordamos el sentido del miedo al dolor para las embarazadas y cómo éste atraviesa la experiencia del embarazo y del parto.

Ambas tesinas trabajan el sentido del cuerpo y la instancia del parto, dejando vacante la relación del cuerpo con el campo de las emociones de las embarazadas, que es lo que nosotras nos encargaremos de abordar.

La tesina *“Calidad de atención en el embarazo y parto percibida por mujeres de la Ciudad de Buenos Aires”* (2011) de Vinderman, Espósito y Vázquez se focalizó en conocer la experiencia vivida y el trato percibido por mujeres embarazadas de la ciudad de Buenos Aires durante las consultas prenatales, en el parto y posparto. Las autoras basaron sus objetivos en las fuentes de información a las que acudían las embarazadas y el grado de conocimiento que tenían respecto a los derechos durante el embarazo.

Las tres investigaciones señalan como prospectiva los cursos de parto desde una perspectiva que colocase el trabajo corporal como una instancia fundamental para la preparación para parir. Esto es lo que nosotras nos proponemos hacer a través del esbozo de un taller integral para embarazadas que incorpore determinadas técnicas corporales.

La perspectiva de género como categoría analítica ha sido el pilar para el análisis de las representaciones sociales que sobre el embarazo y el parto tenían las mujeres embarazadas. Desde el campo sociológico, Patricia Schwarz en su libro *Maternidades en verbo* (2016) nos abrió el terreno para analizar las representaciones de la maternidad en mujeres de clase media y media-alta porteña. Por otra parte, autoras como Karina Felitti (2011) y Catalina Wainerman (2005) fueron la guía para hacer un recorrido sobre las representaciones del parto y la maternidad respectivamente. Las autoras realizan un análisis cultural, social e histórico, dejando vacante, por un lado, el abordaje psicológico de la embarazada y, por otro lado, el destinar la investigación a grupos específicos de mujeres que estén transitando el embarazo en el momento de ser entrevistadas como hemos realizado en esta tesina.

Por último, en relación con el parto humanizado, desde el campo de la antropología feminista, Valeria Fornes (2010) y Celeste Jeréz (2014), especialistas en la temática, problematizan la violencia de género en el transcurso del embarazo. Sus investigaciones, sumadas al trabajo *“Feminismos, estudios de género y sexualidades. Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho”* (2013) de la licenciada en Trabajo Social (UBA) Carolina Lorenzo nos ayudaron a enmarcar nuestro tema de estudio en el contexto de la ley existente de Parto Humanizado y en lo que efectivamente sucede en las instituciones médicas.

3. Presentación del tema: El cuerpo y las emociones de las embarazadas

El interés de nuestra tesina es el análisis de las representaciones que las embarazadas tienen sobre sus propias emociones y la relación existente entre éstas y su cuerpo, en el contexto de la atención recibida bajo el modelo biomédico. Nuestra investigación se basa en el sentido que las embarazadas le dan al miedo y al dolor; al embarazo, parto y maternidad; a la relación con el médico y a lo que para ellas sería tener un parto humanizado.

Todas las entrevistadas eligieron diferentes instituciones médicas tanto para parir, para atenderse durante el embarazo como para realizar el curso de parto. En este sentido y, a través de las entrevistas, las embarazadas manifestaron sentir un vacío emocional (y corporal) en la relación con el médico, la institución donde se atendían y en la experiencia del curso de preparación para el parto. Nos preguntamos entonces de qué manera y bajo qué recursos es posible generar espacios de contención emocional (y trabajo corporal) para acompañar a estas mujeres durante la gestación.

Concordamos con el sentido que Fornes (2010) le da al parto humanizado en el que la parturienta se convierte en la protagonista de la situación, tanto desde el aspecto corporal (con libertad en los movimientos, sonidos y posiciones) como desde el aspecto emocional (expresando sus deseos, sentimientos y decisiones en relación a quién la acompañará en el parto así como las

intervenciones que dejará que le realicen). Siguiendo esta convicción nos proponemos esbozar un Taller Integral para Embarazadas que, a través de recursos, estrategias y técnicas corporales, ayude a las mujeres a tener un parto humanizado.

Los objetivos de nuestra tesina, para luego esbozar el Taller Integral para Embarazadas, son:

- analizar las emociones del miedo y el dolor en relación al cuerpo de las embarazadas;
- Indagar sobre las representaciones de la mujer-madre-trabajadora que tienen las embarazadas;
- analizar el sentido que las embarazadas le otorgan al parto institucionalizado y al parto humanizado
- conocer y profundizar sobre las experiencias que las embarazadas tienen del curso parto realizadas en el marco de las instituciones médicas.

4. Historización del Parto Humanizado

“Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias” aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas”.
Enhrenreich y English

Escribir sobre los orígenes del Parto Humanizado nos remite a la historia de la institucionalización del parto. En el comienzo de la humanidad las hembras humanas, como los mamíferos, al no tener prácticamente contacto con otras personas, daban a luz en soledad. Luego, esto se fue modificando y las mujeres que ya tenían hijos comenzaron a acompañar a las primerizas en los partos (Schallman, 1997). Existen imágenes y dibujos de mujeres de diferentes culturas y lugares pariendo acompañadas de otras mujeres. Estas acompañantes, quienes contaban sólo con el saber de su propia experiencia y observación, no recibieron el nombre de parteras – u otras denominaciones como comadronas o matronas- sino hasta muchos siglos después.

Durante la Edad Media las comadronas eran “las brujas” que manejaban los saberes de la vida y la muerte, se ocupaban de curar las enfermedades, acompañaban los embarazos y asistían los partos mediante medicación y prácticas mágicas. Todo esto representó una gran amenaza tanto para la Iglesia como para el Estado que, dentro de la reforma de la cultura popular, incluyó la caza de brujas que duró más de tres siglos (del XIV al XVII). Estas campañas fueron planificadas, ejecutadas y financiadas por la Iglesia y el Estado y respaldadas por la ley (Enhrenreich y English, 1973).

Con la profesionalización de la medicina, alrededor del siglo XIII, se negó el acceso de las mujeres a las universidades y se prohibió el ejercicio de curar a quienes no tuvieran formación académica. Fue así que en el siglo XIV no quedaron sanadoras urbanas en casi ninguna ciudad de Europa y fueron los médicos varones quienes lograron un total monopolio, a excepción del área obstétrica. A medida que pasaban los años y se consolidaba el poder médico, se las fue

arrinconando y se decía que, al no contar con conocimientos académicos o científicos, ponían en riesgo la salud de otras mujeres. Desde los gobiernos y el poder científico se puso en marcha un proceso de desplazamiento del rol de las parteras y, mediante leyes, fueron obligadas a trabajar dentro de los hospitales. En Estados Unidos, por ejemplo, hasta 1910 el 50% de los partos eran asistidos por comadronas generalmente de raza negra u obreras inmigrantes, que después fueron acusadas de falta de higiene y de contagiar enfermedades y reemplazadas por quienes se profesionalizaban en el ejercicio de la obstetricia (Schallman, 1997).

El siglo XX transcurrió en Occidente entre la inclusión de las parteras en los hospitales, el descrédito de su oficio y la profesionalización obligada, insertándolas en el sistema y restringiéndoles el acceso a los conocimientos ancestrales (Schallman, 1997). El único trabajo al que las mujeres tuvieron libre acceso fue al rol de enfermeras dentro de una institución, quedando subordinadas a la estructura jerárquica y masculina de la medicina, y perdiendo así la autonomía que tenían cuando eran parteras y sanadoras (Enhrenreich y English, 1973).

En Argentina, desde la mitad del siglo XX, las comadronas ya no fueron parteras sino egresadas de escuelas de obstetricia que asistían a los médicos. De hecho, la formalización educativa de la partería también vino acompañada de una ley que prohibía la asistencia de los partos en las instituciones sin la presencia de un obstetra.

Las experiencias de parto han variado a lo largo de la historia de la humanidad. Para Davis-Floyd -doctora en Antropología Cultural y especialista en Antropología Médica- lo que hoy conocemos como la experiencia de parto dentro de una institución es comprendido como el *Modelo Tecnocrático de Nacimiento* en el que el tipo de atención está altamente tecnologizado (2004). Este modelo no es el único pero es el dominante y es propio del discurso médico: se trata o se define separando al cuerpo de la mente. El cuerpo es tratado como una máquina y el hospital como la fábrica donde se elabora el producto que es el bebé. El cuerpo de la madre es defectuoso de por sí y el experto técnico es quien rescata al recién nacido con sus tecnologías. Si bien el proceso fisiológico del parto se da en la mujer, este modelo deja de lado lo que ellas sienten, perciben, expresan y saben al momento de parir (Davis-Floyd, 1993, 2004).

En 1970 en occidente, diferentes grupos feministas comenzaron a problematizar el embarazo y el parto, en el que las mujeres eran muchas veces sometidas a intervenciones rutinarias riesgosas y violentas, denunciando que eran tratadas como objetos contenedores de niños sin respetar sus necesidades y deseos individuales. En los años ochenta, comenzó a utilizarse el término *Humanización del parto*, como una reivindicación y legitimación de los derechos en la asistencia del nacimiento, demandando principalmente un parto seguro y una asistencia no violenta; brindando a las mujeres el derecho de conocer y decidir acerca de los procedimientos e intervenciones que sobre ellas y sus bebés se realizan con el propósito de no sufrir daños evitables (Schwarz, 2015).

Fueron las críticas a la medicalización y tecnologización del parto las que dieron origen a la construcción de la temática del derecho al parto humanizado. Wagner Mardsen -médico pediatra y ex director del área de salud de mujeres y niños de la OMS- sostiene que la obstetricia moderna y la literatura neonatal se basan principalmente en la observación del parto medicalizado en el cual “el médico siempre tiene el control mientras que el elemento clave en un parto humanizado es la

mujer, es ella quien controla su propio alumbramiento y cualquier cosa que le ocurra” (2006: 598)

La OMS en septiembre de 2014 publicó una declaración sobre la prevención y eliminación de maltrato y abuso durante el parto en las instituciones. Ésta reconoce que las mujeres son particularmente vulnerables durante el parto y sostiene que: “toda mujer tiene el derecho al más alto nivel posible de salud, que incluye el derecho a una salud digna y respetuoso cuidado (...) la atención respetuosa debe centrarse tanto en las mujeres como en sus bebés” (OMS, 2015: s/p).

Actualmente la OMS, junto a otros organismos internacionales como la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) participan de estos debates.

Las recomendaciones de la OMS sostienen que toda mujer tiene derecho a participar en la planificación, ejecución, evaluación y en el tipo de atención que prefiera recibir, así como toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto (los controles electrónicos durante el embarazo y otros procedimientos como el uso de la episiotomía, la inducción artificial, la administración de fármacos, la ruptura de membranas, la separación del recién nacido de su madre, entre otros).

La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) nuclea a muchas agrupaciones que promueven el *Parto Respetado* y es la organizadora de la “Semana Mundial por el Parto Respetado” realizada en mayo de cada año desde el 2004. En 2016, con su lema “mi cuerpo, mi decisión, mi bebé”, convocaron a las mujeres a recuperar el poder de decisión sobre su propio cuerpo y el de su futuro hijo:

El parto y el nacimiento respetado se fundamentan en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas y las familias, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hijo/a y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia (AOA, 2016: s/p).

En Argentina la definición que da el Ministerio de Salud de la Nación del Parto Respetado, también denominado *Parto Humanizado*, se refiere a un modo de atención del parto que se caracteriza por el respeto a los derechos de los padres y niños al momento de nacer, de acuerdo a las necesidades y deseos de la familia.

Los derechos y deberes están descritos en la Ley n° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, promulgada en el año 2004, que promueve el respeto a la familia del recién nacido y concientiza a la sociedad sobre los derechos de la mujer y del niño por nacer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto. La ley adquirió mayor visibilidad con su reciente reglamentación en el 2015. En este contexto obtuvo reconocimiento el Informe de “Tecnologías de parto apropiadas” (1985) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la atención prenatal apropiada - citado en la ley y que fue apoyo para la misma-. En el contexto nacional existen además otras leyes que se utilizan para legitimar derechos relacionados a la salud reproductiva: la Ley n° 26.485 (2006) Ley Nacional Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, en cuyo artículo 6 inciso “e” se define la violencia obstétrica; la Ley n° 26.150 (2006) que crea el Programa Nacional de

Educación Sexual Integral y la Ley de Derechos del Paciente nº 26.529 (2012) (Lorenzo, 2013).

Siguiendo a Schallman (2007) el Parto Humanizado apoya un modo de nacimiento cuyos elementos claves son la facilitación del proceso natural con mínima intervención y el reconocimiento del *poder de decisión* de la mujer que está dando a luz. Se remarca el derecho a estar informadas y el refuerzo de valores como la autonomía y la libertad para tomar decisiones en relación a su embarazo y parto, así como también el derecho a no tener que reprimir las emociones intensas que un parto trae consigo, como lo son el placer y el dolor.

Si bien en nuestro país el Parto Humanizado es ley, queda aún mucho camino por recorrer, ya que su aplicación queda sujeta al protocolo de las instituciones médicas y al criterio de los profesionales de la salud (Fornes, 2009; Jeréz, 2014).

5. Aspectos metodológicos

El presente trabajo es un estudio exploratorio descriptivo con un diseño metodológico cualitativo. Se analizaron entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas. Este tipo de enfoque apunta a comprender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de los actores involucrados, privilegiando el estudio interpretativo de los procesos sociales y buscando el significado que la realidad tiene para los individuos.

El análisis de las entrevistas fue de contenido y discursivo. Como afirma Eliseo Verón (1993) el análisis de los discursos sociales abre el camino al estudio de la construcción social de lo real. En esta tesina damos cuenta de la inscripción histórica del sujeto inserto en una determinada cultura haciendo hincapié en los discursos del proceso del embarazo y el parto. A partir de la experiencia concreta de la gestación pensamos la relación entre cuerpo y emociones para poder comprender las prácticas y representaciones sociales de las embarazadas. Las representaciones sociales son construcciones colectivas a partir de las cuales vivimos en sociedad y, en tanto sistema de interpretación, determinan nuestra realidad con el mundo y con los demás organizando las conductas y las comunicaciones sociales. Estos sistemas de interpretación tienen que ver con la forma en que nosotros, como sujetos sociales, percibimos e interpretamos los acontecimientos de nuestra vida, tanto a partir de las experiencias propias como de los conocimientos y modelos de pensamiento que circulan a través de la cultura (Jodelet, 1986)

Una vez realizadas las entrevistas se consideraron las siguientes dimensiones de análisis: las emociones que las embarazadas sintieron durante el embarazo, las representaciones que sobre la maternidad, el embarazo y el parto manejaban; la relación que mantuvieron con los profesionales de la salud y la institución médica, así como las experiencias de los cursos preparto. También hemos indagado acerca de las representaciones que sobre la modalidad de Parto Humanizado poseían las propias embarazadas.

Los sujetos seleccionados como informantes claves fueron mujeres embarazadas. La muestra fue aleatoria y estuvo compuesta por siete casos seleccionados a partir de su pertenencia a un grupo de yoga para embarazadas impartido por una de las tesis. Se realizaron tres entrevistas a cada una de las mujeres excepto a una que por motivos personales decidió no

continuar con los encuentros. Las tres entrevistas se realizaron en diferentes períodos de la gestación (segundo y tercer trimestre) con el objetivo de indagar cómo los discursos podían ir variando en relación a los cambios corporales y emocionales. Las entrevistadas presentaban las siguientes características:

- Carla: 39 años, diseñadora gráfica y trapecista. Primeriza.
- Julieta: 40 años, música y profesora de canto. Primeriza.
- Johanna: 32 años, organizadora de eventos. Primeriza
- Agustina: 32 años, psicopedagoga especialista en niños con discapacidad. Primeriza.
- Lucía: 35 años, trabajadora social. Segundo embarazo. El primer hijo nació prematuro por preclamia y falleció a la semana.
- Patricia: 43 años, maestra. Primeriza. Embarazo por tratamiento de fertilidad.
- Ana Clara: 24 años, empleada de comercio y estudiante de educación especial. Primeriza.

Las entrevistadas son mujeres residentes en la ciudad de Buenos Aires pertenecientes a la clase media: poseen un título terciario o universitario (a excepción de una de las entrevistadas que aún estudia en un profesorado), trabajan de manera independiente o en relación de dependencia, y se atendían en clínicas privadas a través de su obra social o prepaga. Por otra parte, todas las embarazadas dijeron convivir y/o estar legalmente casadas con el padre de su futuro hijo.

En el presente trabajo no buscamos generar un juicio de valor sobre las opiniones, creencias, valores y experiencias de las mujeres respecto al proceso del embarazo y parto. Apoyamos y deseamos que las mujeres que elijan tener un parto humanizado y respetado puedan lograrlo y consideramos que éste es el sentido fundante de nuestra tesina.

Las dos autoras de este trabajo reconocemos nuestras implicaciones ideológicas, culturales y de género, de allí que la vigilancia epistemológica debió ser constante a lo largo de nuestra investigación. Esta tesina está atravesada por la subjetividad de cada una de nosotras: una como mujer, esposa y madre de tres hijos (con experiencias de parto diferentes, siendo el último un parto humanizado); la otra como profesora de yoga para embarazadas, *doula* (acompañante emocional de mujeres en la búsqueda, gestación y puerperio) y facilitadora de círculos de mujeres y otras terapias corporales y complementarias y posible futura madre.

6. Marco teórico

El mundo de las emociones

*“Me gusta la gente semipensante,
que no separa la razón del corazón.
Que piensa y siente a la vez. Sin divorciar
la cabeza del cuerpo, ni la emoción de la razón”.*
Eduardo Galeano

Según el sociólogo español Eduardo Bericat Alastuey (2000), el desarrollo de las teorías sociológicas de la emoción, concebidas como tales, no pueden encontrarse en la tradición de la sociología antes de la década de los ochenta del siglo pasado. Los sociólogos clásicos, Comte, Pareto, Durkheim y Weber, no dejaron de tener en cuenta las emociones en sus teorías, pero, dado el estatuto marginal que les otorgaron, su trabajo no sirvió al desarrollo de una explícita

sociología de las emociones.

La sociología hasta entonces, inmersa en la principal corriente cultural de la modernidad, caracterizada por un racionalismo, un cognitivismo y un positivismo a ultranza, tan sólo había incorporado tratamientos residuales o circunstanciales de la emoción (Bericat, 2000). Según Bericat, resulta inconcebible un actor social cuyo universo simbólico esté exclusivamente compuesto de ideas o cogniciones. En este mundo podemos reconocer también valores y encontramos, sin duda, emociones: “tanto la descripción como la explicación y comprensión sociológica de la realidad será incompleta, por tanto falsa, si no se incorpora al actor *sintiente* en los juegos humanos de interactividad” (Bericat, 2000: s/p).

La sociología de las emociones tiene por objeto de estudio la realidad emocional de los seres humanos y las estructuras sociales. Bericat menciona tres líneas de investigación en este campo de análisis en base a los trabajos de tres autores: la sociología “de” la emoción representada por Kemper; la sociología “con” emociones encarnada por Hochschild, y la emoción “en” sociología expresada por Scheff. La sociología “de” la emoción tiene como fin el estudio de las emociones haciendo uso del aparato conceptual y teórico de la sociología. Se trata de una sociología aplicada a la amplísima variedad de afectos, emociones, sentimientos o pasiones presentes en la realidad social. Según la teoría de Kemper, la mayor parte de las emociones humanas se nutren y tienen sentido en el marco de nuestras relaciones sociales. Es decir, la naturaleza de las emociones está condicionada por la naturaleza de la situación social en la que las personas sienten. Las emociones son expresión, en el cuerpo de los individuos, del riquísimo abanico de formas de relación social. Soledad, envidia, odio, miedo, vergüenza, orgullo, resentimiento, venganza, nostalgia, tristeza, satisfacción, alegría, rabia, frustración y otro sinfín de emociones corresponden a situaciones sociales específicas. Éste es el objeto propio de la sociología de la emoción: estudiar las relaciones entre la dimensión social y la dimensión emocional del ser humano (Bericat, 2000).

En este sentido, según el filósofo Adrián Scribano (2013), la pregunta que mayor polémica causa en la sociología de las emociones gira en torno a cuánto influye el contexto sociocultural en la formación de las emociones. Es interesante aquí mencionar brevemente los tres modelos predominantes que Rogelio Luna Zamora explica, siguiendo la línea de Hochschild: el enfoque orgánico o naturalista “considera la influencia sociocultural en las emociones como periféricas, esto es, la cultura sólo interviene en [las formas de] expresión, pero no en su génesis” (Luna Zamora, 2010: 19). Este enfoque sostiene que las emociones no dependen de las diferencias culturales sino que son innatas y universales, pudiendo ser analizadas mediante un lenguaje anatómico y fisiológico. Siguiendo esta línea, para el antropólogo David Le Breton (2002), este enfoque reduce al hombre a su especie animal y lo despoja de su humanidad en tanto ser social. El modelo intermedio es el construccionismo no radical, desde el cual se reconoce que “la emoción tiene dos dimensiones, una neurofisiológica y otra sociocultural y que la sociología, precisamente, debe ocuparse del aspecto o lado sociológico de la emoción” (Luna Zamora, 2010: 20). Desde este enfoque, las experiencias emocionales están co-determinadas por elementos personales y de naturaleza corporal, pero también por normas, creencias sociales y prácticas culturales. Por último, el tercer modelo, el construccionismo radical, le otorga el mayor peso a las

condiciones socioculturales. Este enfoque trasciende la dimensión personal, es decir, va más allá de lo que sentimos a partir de las historias de vida particulares y encuentra en las experiencias emocionales un patrón sociocomunicacional, esto es, una especie de *script* cultural y socialmente aprendido.

Para Scribano (2012) las experiencias emocionales son imposibles de ser clasificadas en alguno de estos polos, ya que las emociones se nutren dialécticamente de ambas dimensiones (la neurofisiológica y la sociocultural). Siguiendo el pensamiento de Le Breton (2002), las emociones no constituyen una sustancia en estado fijo e inmutable que es posible hallar de la misma forma y bajo las mismas circunstancias en todos los individuos, sino que más bien son producto de relaciones enmarcadas dentro de un simbolismo social y cultural.

Desde esta perspectiva de la sociología de las emociones es que en la presente tesina nos proponemos analizar el campo de las emociones de las embarazadas. Si bien a lo largo del embarazo las entrevistadas transitaron infinidad de emociones, en el presente trabajo nos centraremos y definiremos particularmente la emoción del miedo y la del dolor. Relacionaremos todas estas emociones con el cuerpo, teniendo en cuenta que “no es posible indagar y reflexionar sobre cuerpos/emociones por separado como si existiera alguna posibilidad de que unos no remitieran a las otras y viceversa” (Scribano, 2012: 95).

El miedo: una emoción presente en el embarazo

*“Somos la única especie de mamíferos que
tiene la habilidad de hacer temer a sus
hembras sobre su capacidad de parir”.*
Ana May Gaskin

Para Aristóteles el miedo o el temor hacen referencia a un sentimiento primario o básico cuya incidencia en el acto no puede ser regulada conscientemente antes de que el hecho suceda (Aristóteles, 2004). Para el filósofo es una reacción humana e instintiva activar los mecanismos disponibles para buscar aplacarlo y evitar esa situación.

Desde la sociología de las emociones, el miedo “constituye una amplia familia emocional compuesta por sentimientos como la preocupación, la ansiedad, el pánico, el terror o el horror, que difieren tanto en su contenido como en la intensidad” (Bericat, 2012: s/p). Según Scribano “el miedo es la expresión de una emoción frente a algo que no puede ser controlado por el individuo y que se torna amenazante” (2007: 32). Siguiendo la línea de Kemper (1978, 1987) los individuos sienten un miedo relacionado con la ansiedad cuando carecen de suficiente poder. En relación a esto, Barbalet (1998) sostiene que el miedo se manifiesta cuando los intereses de un sujeto se perciben como amenazados.

Como expusimos anteriormente, según la sociología de las emociones, para estudiar cualquier emoción es necesario analizar la matriz cultural en la que esta emoción se manifiesta. Un análisis del miedo que va más allá de lo individual nos permite comprender pautas sociales y culturales relacionadas con esta emoción (Barbalet, 1998). Por lo tanto el miedo, más allá de ser una reacción individual ante una amenaza, es una experiencia intersubjetiva y se manifiesta generalmente en contextos sociales específicos.

En el caso de nuestro análisis, que se centra en mujeres embarazadas, podemos mencionar como un ejemplo los estudios realizados en diferentes países para documentar los miedos que las mujeres experimentan durante el parto. En Suecia y Alemania se han realizados trabajos de investigación para estudiar a grupos de mujeres que habían parido recientemente, los resultados determinaron que los miedos eran principalmente al dolor en el parto y a quedar con secuelas físicas de diferente índole (incluida la muerte) tanto en ellas como en sus bebés. Otra de las mayores preocupaciones se relacionaba con la atención y el trato que de parte del personal médico podían recibir así como el miedo a los errores obstétricos (Carrascosa, 2010).

Teniendo en cuenta que el miedo que sienten las embarazadas es subjetivo pero al mismo tiempo está inserto en una matriz social determinada, es interesante lo que aporta el obstetra Michel Odent (2005) en relación al miedo al parto. El autor asegura que la *parafernalia* médica, lejos de ayudar a las mujeres a parir, les produce un miedo y un estrés que se torna inmanejable para ellas. Odent, como médico investigador, ha demostrado científicamente que son los protocolos, técnicas e instrumentos que se utilizan en casi todas las clínicas de maternidad, las que generan las condiciones necesarias para frenar la liberación hormonal de la oxitocina que es la encargada de producir las contracciones y finalmente el parto.

Siguiendo esta línea de análisis, el autor afirma que el parto es un proceso involuntario y que son las intervenciones y el clima despersonalizado de las instituciones las que hacen aumentar la adrenalina (hormona secretada por la región cerebral del neocórtex) produciendo tensión e inhibiendo así las contracciones necesarias para que se produzca un nacimiento vaginal. La adrenalina es una hormona que secretan los mamíferos en situaciones de emergencia, cuando estamos asustados o nos sentimos observados. Cuando esta hormona es liberada no es posible liberar oxitocina y, por ende, el proceso del parto no puede desarrollarse en sus condiciones naturales (Odent, 2005: s/p). Es por esto que el autor sostiene que “humanizar el parto, se trata de mamiferizarlo”.

Por último, Eva Giberti -psicóloga especialista en estudios de género- sostiene que en el embarazo, los temores previos al parto “cuando no incorporan componentes psicopatológicos graves, son temores compartidos por el género y merecen ser reconocidos por las mujeres y por quienes las acompañan, para que ellas puedan manejarlos en lugar de quedar descalificadas por sentirlos” (Giberti, 1992: 293).

En este trabajo nos proponemos analizar el modo en que el miedo se manifiesta en las embarazadas y los diferentes matices que va adoptando a lo largo del embarazo. Para esto y teniendo en cuenta la recopilación de investigaciones que Casilda Rodríguez Bustos hace en relación al sentido del miedo y el dolor en el parto en diferentes culturas, es necesario definir ahora la emoción del dolor.

Dolor: el miedo más recurrente de la embarazada

“En los tiempos antiguos se sufría menos que ahora, aun cuando las condiciones de vida hayan sido más violentas y los castigos físicos más crueles”.
Friedrich Nietzsche

En el año 1820, el filósofo alemán Arthur Schopenhauer expone un sistema de pensamiento en el que sostiene que la palabra vida es un eufemismo de sufrimiento como una condición ineludible de la existencia humana. Según Christian Ferrer -sociólogo y ensayista argentino- Schopenhauer acepta que los deseos, expectativas y proyectos que una persona puede tener en la vida, así como las alegrías y placeres existen, pero el padecimiento siempre es superior a los breves goces y aconseja desear lo menos posible. Los deseos, expectativas y proyecciones que animan a la vida cotidiana resultan ser, a fin de cuentas, instrumentos de tortura: la lucha por conseguirlos hace padecer y una vez alcanzados el sufrimiento sigue ahí, aún sin redimirse (Ferrer, 2005: s/p).

El sociólogo, analizando las obras de Schopenhauer, explica que “el dolor puede cambiar de forma” dependiendo del contexto que lo estimule y que también varía según la agenda de problemas de la humanidad en una época determinada. Schopenhauer arriba a estas conjeturas cuando la época moderna estaba aún en pañales: no existían las industrias farmacológicas ni la anestesia o los avances de la higiene en la sociedad. En otros tiempos diferentes pueblos antiguos permanecían en constante intimidad con el dolor, a la vez que la causa del mismo era identificada con un “afuera” nítidamente reconocible: invasores, poderosos o la ira de Dios. Se disponía de una serie de tecnologías destinadas a fortalecer el alma para el inevitable encuentro con el dolor: la disciplina de los guerreros o la ascética religiosa, por ejemplo, forjaban el carácter a fin de que el combatiente o el creyente no se desesperase si quedaba atrapado en territorio enemigo (Ferrer: 2005).

Según Ferrer, actualmente esto no es más así. El síntoma subjetivo se revela en la voluntad de huir del dolor. Esta fuga se vuelve desorganizada porque el alma no ha sido preparada para administrar la experiencia del sufrimiento. El cuerpo, en vez de servir de “escudo”, recibe el impacto de dolor en todos sus poros a la vez y la subjetividad dañada sólo puede aspirar a la ayuda que pueda ser proporcionada por asistentes tecnológicos. El sociólogo utiliza el término *sentimental* para nombrar la personalidad del ser humano de los siglos XIX y XX, a través del cual explica que a las personas no se les proveyeron las herramientas internas aptas para reforzar su espiritualidad ante la cantidad de problemáticas a las que la nueva sociedad los enfrenta: los cambios, la vida urbana, el mundo laboral y la constitución de la familia:

En las épocas pre-modernas, los principios de vida y muerte eran la guía de la vida colectiva. Las divinidades eran las referencias últimas de la vida y la muerte, del dolor y sufrimiento de los hombres; en sus manos estaba el destino. Con la modernidad desaparecen las divinidades y las referencias religiosas al orden social. Los principios que guían a la sociedad emergente son aquellos de "orden y caos". En este nuevo escenario, la ciencia empieza a ocupar un lugar

preponderante en la explicación de las leyes del cosmos. Después de la Revolución Francesa, la medicina hace su aparición como eficaz aliada del orden para desterrar al caos, de aquella parte del caos que implica dolor, sufrimiento y muerte. La evolución reciente de la medicina es testimonio de un desplazamiento de técnicas que se han difundido prácticamente a todas las sociedades occidentales, tratando de alcanzar este objetivo del progreso: desterrar para siempre el dolor, el sufrimiento y la muerte, vividos como ruidos insoportables del funcionamiento social (Bustos Domínguez, 2000: 111)

En consonancia con la línea de análisis que afirma que las emociones no son un absoluto biológico, sino que están condicionadas por las normas sociales (Bericat: 2000), Bustos Domínguez Reinaldo -psiquiatra y sociólogo chileno- afirma que la actitud frente al dolor no es una cosa meramente mecánica o fisiológica sino que está mediatizada por la cultura, las variaciones personales y la significación subjetiva atribuida a su presencia. El dolor es el producto de un contexto, es la expresión de una educación social. El autor sostiene que las investigaciones contemporáneas demuestran que entre el estímulo que provoca el dolor y el dolor experimentado existen numerosos filtros que disminuyen o acentúan su intensidad. El calor, el frío o los masajes, por ejemplo, enaltecen, aceleran o amortiguan su pasaje y ciertas condiciones lo inhiben como la relajación o la diversión; otras como el miedo, lo aumentan. Es decir, que no hay dolor sin comprometer la relación del hombre con su entorno. El dolor vivido no es jamás una pura experiencia sensorial sino más bien “una percepción compleja que se integra a la experiencia acumulada de vida de un individuo y, en este sentido, simultáneamente sentida, evaluada e integrada en términos de significación y valor” (Bustos Domínguez: 2000: 108).

En este trabajo nos proponemos analizar cómo el dolor durante el embarazo o el posible dolor del parto es vivido y resignificado por las embarazadas entrevistadas. Siguiendo la línea teórica hasta ahora expuesta acordamos y sostenemos que el dolor no es puramente la medida de una lesión fisiológica sino que se construye socialmente.

En el siglo XVI, Montaigne afirmaba que había pueblos enteros en donde se desconocía el dolor en el parto; el filósofo Bartolomé de las Casas - investigador y defensor de los derechos de los indígenas en los inicios de la colonización de América- sostenía que las indígenas del Caribe que había conocido parían sin dolor. Para Rodríguez Bustos “el dogma del parto doloroso y peligroso crea un miedo de expectación responsable de los dolores y de muchas de las complicaciones que de ello derivan” (2007:12). Para la autora, el parto es un acto sexual relacionado con el placer por lo que el dolor según ella resultaría incompatible con cualquier acto sexual. Sostiene que cuando las contracciones son dolorosas se debe a la atrofia, tensión y desconocimiento de los músculos uterinos. En consonancia con esta línea, diferentes trabajos de investigación de las ciencias sociales afirman que existe un desconocimiento de nuestra sexualidad y una vivencia culposa del ejercicio del placer que se expresa a través de discursos que promueven el temor y, uno de ellos es el miedo a parir (Lorenzo, 2013; Zucconi y Martínez, 2014).

Retomando a Bustos Domínguez y, teniendo en cuenta que el dolor se puede agudizar o

atenuar según determinadas condiciones, es interesante conocer ahora las conclusiones a las que arriba Michel Odent en sus investigaciones. El obstetra y escritor afirma que cuando una mujer que está en trabajo de parto llega a la institución médica, ésta inmediatamente se ocupa de controlar la respuesta al dolor: se le indica cómo respirar, en qué posición ponerse y se le ofrecen calmantes para disminuir lo que siente, cuando en realidad la mujer debiera tener libertad en los movimientos, sonidos y posiciones que elija para poder parir (Odent, 2005).

Consuelo Ruiz Vélez-Frías (2010), conocida matrona por luchar en España por brindar a la mujer más información para combatir el miedo y el dolor al parto, sostiene que uno de los mayores temores a los que se enfrenta una mujer embarazada es el desconocimiento de una experiencia que nunca antes ha vivido. La autora afirma que el parto produce dolor porque las mujeres no saben lo que tienen que hacer en el momento de dar a luz y, en el estado de nerviosismo en el que se encuentran sumado al contexto de la institución médica, suelen hacer todo lo contrario, es decir, movimientos antinaturales, que impiden la evolución normal de todo el proceso y provocan el dolor. Para Ruiz Vélez-Frías, siguiendo la línea de los autores mencionados, no sólo es posible el parto sin dolor, sino que también se puede parir con placer. Están documentados los partos orgásmicos, en los que la mujer llegó a experimentar un orgasmo, como reflejan los obstetras Merelo-Barberá, Serrano Vicens, y el doctor Schebat del Hospital Universitario de París: “la obtención del orgasmo en el parto es independiente del dolor (...) las mujeres no entienden, conscientemente que el dolor no excluye el placer que, como he dicho antes, puede ser un medio de llegar a él, asumiéndolo y dirigiéndolo” (Gilberti, 1992: 288).

El obstetra Grantly Dick Read (2005) fue el primero en realizar una investigación profunda de los mecanismos involucrados en la percepción del dolor y el placer durante el parto. En su libro titulado *Dar a luz sin miedo* afirma que: “no existe ninguna función fisiológica en el organismo que resulte dolorosa en condiciones fisiológicamente normales, en estado de buena salud” (Dick Read, 2005: 43). El autor sostiene que lo mismo debería suceder con el proceso de parto ya que en ninguna otra especie animal el proceso de parto parece estar asociado a dolor o sufrimiento de algún tipo, salvo en condiciones patológicas o en situaciones no naturales como las que se pudiesen dar en cautividad. Para Read es el miedo el que produce el parto con dolor:

Del mismo modo que en un ataque de miedo nuestra cara palidece porque no necesita tanta sangre, como la requieren nuestras piernas para poder huir, el útero de una mujer con miedo es literalmente de color blanco. Por ello, por su falta de “combustible” no puede funcionar correctamente y de forma adecuada (2005: 19).

Estas afirmaciones coincidirían entonces con las posturas teóricas que venimos exponiendo de los diferentes autores, en las que se afirma que: “el dolor es producto de una percepción individual y de una construcción social” (Schwarz, 2015: 186). En este sentido, y específicamente en relación al posible dolor frente al parto, es interesante la solución que plantean varios obstetras como Michel Odent (2005) y Dick-Read (2005) cuando afirman que, por un lado, hay que generar un clima que ayude a la parturienta a estar relajada y al mismo tiempo hay que

alejarse las fuentes que generan tensión y miedo, así como evitar el exceso de intervencionismo médico y ambientes poco propicios o cálidos para parir. A la mujer en trabajo de parto no se le debe instar o empujar a hacer las cosas o a alterar su ritmo, por el contrario, se le debe animar, en un clima de calma o simplemente dejarla a su aire para que su cuerpo trabaje sin ser entorpecido. Con esta premisa, Dick-Read elaboró la teoría denominada “síndrome del miedo-tensión-dolor asociado al parto”, según la cual el miedo y el estrés experimentados durante el parto causan una tensión en la mujer que aumenta la percepción del dolor por los motivos anteriormente mencionados, por lo que, eliminado el miedo, las mujeres podrían volver a permitir a su útero trabajar en condiciones fisiológicamente normales, eliminando, de este modo, el dolor.

En este sentido, Laura García Carrascosa -doctora en bioquímica y defensora del parto natural- explica en un artículo cómo afecta el dolor en el parto, afirma que:

El ambiente y el trato que se ofrece hoy en día en los hospitales, para los casos de parto de bajo riesgo, distan mucho de ofrecer un ambiente necesario para que la mujer se sienta segura y relajada, sin miedo, confiada de su capacidad para dar a luz y pueda llevar a cabo su trabajo de parto sin interferencias. En la mayor parte de los hospitales de España y del mundo, lo normal es la ausencia de privacidad e intimidad, la imposibilidad de elegir la postura del parto, obligando a la mujer a parir en litotomía (acostada sobre su espalda), la monitorización interna continua, la aplicación de oxitocina intravenosa y un largo etc. de intervenciones que afectan directamente a la fisiología natural del parto. No es de extrañar que el dolor sea lo normal y no la excepción y que el aumento de partos instrumentalizados y cesáreas crezca de forma exponencial a medida que aumenta el intervencionismo durante el proceso de parto (García Carrascosa, 2010: s/p).

En nuestra tesina nos proponemos indagar en el rol que tanto el miedo y el dolor ocupan en el mundo de las emociones de las embarazadas para, poder así esbozar un Taller Integral para Embarazadas que brinde herramientas a las mujeres para tener un parto respetado. En este sentido es necesario ahora articular cómo estas emociones específicas se “encarnan” en la mujer, cómo se hacen cuerpo.

A continuación, nos ocuparemos de definir el cuerpo, ya que como afirma Scribano: “no es posible indagar y reflexionar sobre cuerpos/emociones por separado, como si existiera alguna posibilidad de que unos no remitieran a los otros y viceversa” (2012: 95).

El cuerpo: la emoción encarnada

*“Nunca hubiera nacido una idea sin
el trabajo efectuado un día por el cuerpo”.*
Antonin Artaud

Silvia Citro (2010) -doctora en Antropología, bailarina y coordinadora del equipo de

Antropología del Cuerpo de la Universidad de Buenos Aires- afirma que, en la Modernidad occidental, el predominio del racionalismo y el dualismo iniciaron en el siglo XVII un cambio de paradigma sobre la concepción del cuerpo que se fue profundizando con el paso del tiempo. El dualismo suponía una separación entre el cuerpo y el alma, considerando al primero como un mero “objeto” que “se posee”, opuesto y dissociado de la razón, el alma y la mente. El cuerpo se convirtió en un concepto no valorado, el “ser” se definía por su capacidad de pensar y el pensamiento era considerado como valor supremo. La mente y la razón eran los encargados de controlar la materia corpórea y los “sospechosos” impulsos que ésta podía generar. El cuerpo era el que impedía al hombre europeo moderno alcanzar saberes confiables, mostrándole el mundo incierto de las percepciones y emociones (Broguet, J., Mennelli y Rodríguez, 2014). En el siglo XVII, dicha concepción, con el capitalismo y el proceso de consolidación de la burguesía, se convirtió en hegemónica generando una gran ausencia del cuerpo en el pensamiento moderno. Esto tuvo una fuerte incidencia en las ciencias sociales retrasando la aparición de estudios que se ocuparan de las corporalidades desde un enfoque sociocultural.

En la década del 1970 aparecieron estudios específicos que intentaron superar el dualismo cuerpo-mente buscando recuperar al cuerpo como objeto de estudio desde un análisis sociocultural. Ya hemos nombrado que la sociología de las emociones buscó superar esta separación analizando las emociones como parte ineludible del cuerpo (Scribano, 2009). Por otro lado Silvia Citro (2010) afirma que la antropología del cuerpo define la corporalidad como una perspectiva de análisis que se integra al estudio de diversas problemáticas socio-culturales. Para la antropóloga, si bien ya en la década del '30, el sociólogo y antropólogo francés Marcel Mauss sostenía que las “técnicas corporales” debían constituirse en objetos de estudio, fue recién en 1970 con el surgimiento de esta rama específica de la antropología cuando comenzó a consolidarse como un campo de investigación específico, y en la Argentina recién en los años '90 se empezaron a producir estudios siguiendo esta línea de análisis. Desde esta perspectiva, los cuerpos no deben ser tratados como “objetos” de estudios específicos sino en relación a su mente y emociones, para evitar así reinstalar el dualismo cuerpo-mente (Citro, 2010).

Retomemos brevemente los antecedentes del dualismo que datan de la filosofía griega antigua. Según Citro (2010), Platón (427-347a.C.) fue tajante en su pensamiento respecto al desprecio del cuerpo; sostenía que no era posible lograr nada de forma conjunta entre el cuerpo y el alma. Para el filósofo: “mientras tengamos cuerpo y esté nuestra alma mezclada con semejante mal, jamás alcanzaremos lo que deseamos” (Platón, 1982: 154-155). Luego, su discípulo Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.), intentando superar la separación cuerpo-alma, se reveló ante su maestro afirmando que el pensamiento jamás puede producirse sin el cuerpo, el alma es concebida como inseparable de la materia (Aristóteles, 2004).

Las dialógicas del dualismo también han atravesado las filosofías cristianas. Pese a que las valoraciones negativas sobre el cuerpo también están presentes en esta tradición, desde esta concepción sí se generó un cambio empezando a considerar que la persona no se puede concebir como separada de esa corporalidad (Citro, 2010).

En el siglo XVII, el filósofo Descartes fue el principal exponente de esta postura racionalista y sentó las bases de la filosofía mecanicista característica de la ciencia moderna,

afirmando que para alcanzar el pensamiento verdadero hay que desconfiar de los sentidos y aquietar las pasiones del ser humano (Citro, 2010). Para el filósofo, lo racional no es una categoría del cuerpo sino del alma, el cuerpo es una máquina que molesta al hombre y las pasiones son una consecuencia de la maquinaria del cuerpo que el hombre puede aprender a controlar: “el cuerpo vivo difiere tanto del de un hombre muerto, como un reloj, u otro autómeta, cuando está armado, y el mismo reloj u otra máquina, cuando está roto y el principio del movimiento deja de actuar” (Descartes, 2012: 57).

Este sentido del cuerpo pensado a partir del modelo de la máquina tuvo su auge con el capitalismo y con la consolidación de la burguesía con la que se inauguraron nuevas prácticas sociales: “es el cuerpo, secuencial y manipulable de las nuevas disciplinas, despreciado en tanto tal, lo que justifica el trabajo segmentario y repetitivo de las fábricas en las que el hombre se incorpora a la máquina sin poder, realmente, distinguirse de ella” (Le Breton, 2002: 8).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Michel Foucault en su libro *Vigilar y Castigar* sostiene que en la modernidad ha habido todo un descubrimiento del cuerpo como blanco de poder. Para Foucault el cuerpo humano es una fuerza de producción que existe “en y a través” de un poder político “como un cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican” (Foucault, 1986: 140).

Muchos son los autores que han estudiado el pensamiento de Foucault. El autor denomina *biopoder* a la relación entre las disciplinas ejercidas sobre el cuerpo – que llama *anatomopoder*- y las regulaciones impuestas sobre el grueso de toda la población en su conjunto a través de diferentes formas política -que denomina *biopolítica*- (Chairo, 2016). Luego describe los procesos de disciplinamiento y vigilancia, a los que define como dispositivos de control social, que se inscriben en el cuerpo de los sujetos para convertirlos en dóciles y útiles, (Foucault, 1986) como: “un conjunto de praxis, saberes, instituciones, cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos” (García Fanlo, 2011: 1-2). Desde esta óptica, la institución médica forma parte de los dispositivos de control ejercidos sobre el cuerpo y la medicalización es una estrategia biopolítica para disciplinar el cuerpo de los sujetos (Rodríguez Zoya, 2010).

Específicamente y en relación al cuerpo de la mujer, el proyecto moderno impulsado por el auge tecnológico y la concepción del cuerpo como máquina, que surge con Descartes y que se refuerza aún más entrado el siglo XVIII con la era industrial, impuso una nueva forma de ver la reproducción. En términos foucaultianos, el cuerpo de la mujer comprende una realidad biopolítica donde el embarazo y el parto son objeto de intervenciones médicas como forma de control social: “El nacimiento entonces pasó a ser el resultado de una cadena fabril donde debían respetarse rigurosamente los procesos y procedimientos adecuados a los estándares de calidad esperados (Fornes, 2009: s/p). Es así como las mujeres pierden el control del proceso reproductivo, incluyendo el protagonismo en el parto, pasando los médicos varones a ser considerados como los verdaderos *dadores de vida*. El cuerpo concebido como máquina pudo ser atrapado, según Federici (2010), citando a Foucault (1977) “en un sistema de sujeción donde su comportamiento pudo ser calculado, organizado, pensado técnicamente, investido de relaciones de poder” (2010:151). El cuerpo entonces fue progresivamente politizado, desnaturalizado y redefinido.

La antropológica Mariana Gerbotto (2007) analiza cómo las prácticas y representaciones del embarazo-parto-puerperio están atravesadas por el saber biomédico, sosteniendo que éste instauró en el imaginario colectivo el proceso del embarazo y el parto como una enfermedad. Desde la mirada biomédica, los aspectos emocionales, sociales y culturales son ajenos al proceso de salud-enfermedad y muchas veces se reduce el cuerpo de la mujer al de un ser enfermo. Siguiendo esta línea de análisis, Celeste Jeréz- antropóloga feminista especializada en estudios de género-, analiza el parto y la violencia recibida por las mujeres en los partos clínico-hospitalario, investigando cómo el cuerpo de la mujer, pese a ser el protagonista físico del acto de parir, es dejado de lado en lo que respecta a lo que la mujer dice sentir y cómo esto tiene poca o nula influencia en el parto (Jeréz, 2014). La reproducción humana y los cuerpos de las mujeres en particular, se convierten en el blanco del control por parte de los diferentes actores. La medicina juega un rol activo y normalizador:

Específicamente, como institución legítima para el control de la salud-enfermedad- atención (Menéndez, 1994), la medicina tiene la capacidad de – entre otras conceptualizaciones- entender la reproducción humana a través de interpretaciones biologicistas que imposibilitan la comprensión de los procesos socioculturales, en donde factores políticos, materiales y simbólicos atraviesan las prácticas cotidianas (Jeréz, 2014: 3).

Las investigadoras argentinas Valeria Fornes (2009) -antropóloga especialista en los movimientos por la humanización del parto – y la socióloga Patricia Schwarz (2015) basaron parte de sus estudios en analizar el cuerpo de la embarazada desde una perspectiva de género. Las autoras problematizan la concepción patriarcal, que concibe al cuerpo de la mujer como portadora de una naturaleza patológica con procesos biológicos inestables (refiriéndose sobre todo al aparato reproductor), y que trajo como consecuencia la intervención médica no sólo sobre el cuerpo de la mujer, sino también sobre sus comportamientos y conductas:

El discurso ginecológico reconoce la necesidad de dominar, controlar y administrar la naturaleza femenina, de tal modo que esta disciplina se convierte así en una ciencia de la mujer. Parte nodal de ese orden es sostener el imperativo maternal en las mujeres. Los médicos se convierten, así, en los legítimos traductores de los designios de la naturaleza, utilizando a ésta como evidencia legitimadora de sus preceptos (Schwarz, 2015: 76).

En relación a esto Judith Butler - filósofa feminista estadounidense- afirma que el género no es fruto de una elección sino que es una categoría cognitiva que se construye socialmente: “el género es una forma contemporánea de organizar las normas culturales pasadas y futuras, una forma de situarse en y a través de esas normas, un estilo activo de vivir el propio cuerpo en el mundo” (Butler, 1990: 197). Desde esta línea de análisis, se problematiza la intervención médica en los procesos reproductivos, sosteniendo que estos procesos refuerzan los estereotipos de

género tradicionales en los que la reproducción y el cuidado de los hijos es terreno de la madre, reduciendo la condición de ser mujer a una condición biológica (y patológica): “la maternidad es comprendida desde la significación sobre sus experiencias de 'ser madre' ancladas en el campo corpóreo emocional” (Chávez Rosas, 2014: s/p).

Es necesario ahora profundizar en los sentidos sociales y culturales que existen sobre la maternidad y el embarazo, ya que esto nos va a permitir acceder a cómo estas representaciones influyen sobre las propias representaciones que la autopercepción de las mujeres embarazadas sobre el modo de vivir y transitar el embarazo y el parto.

El concepto de representaciones sociales

"Uno cree vivir en el mundo, cuando en realidad es el mundo el que vive dentro de nosotros".
Deepak Chopra

Las prácticas y representaciones sociales son las construcciones colectivas a partir de las cuales vivimos en el mundo. A través de ellas poseemos una singular mirada de la realidad e intervenimos en la misma:

Se reconoce generalmente que las representaciones sociales, en tanto que sistemas de interpretación que determinan nuestra relación con el mundo y con los demás, orientan y organizan las conductas y las comunicaciones sociales. Asimismo, intervienen en procesos tan variados como la difusión y la asimilación de los conocimientos, el desarrollo individual y colectivo, la definición de las identidades personales y sociales, la expresión de los grupos y las transformaciones sociales (Jodelet 1997: 53).

Las representaciones sociales tienen que ver con la forma en que nosotros, como sujetos sociales, percibimos e interpretamos los acontecimientos de la vida cotidiana, tanto a partir de las experiencias propias como de los conocimientos y modelos de pensamiento que circulan a través de la cultura. Es importante aclarar que estas representaciones no determinan de manera absoluta al sujeto, es decir, no se trata meramente de una reproducción, sino más bien de una reconstrucción o resignificación mediada por la experiencia de cada sujeto en un ámbito cultural determinado (Jodelet, 1986):

Los sujetos nos socializamos y adquirimos identificaciones de género que nos incluyen en la sociedad. Pero también ejercemos resistencias, tanto en las conductas individuales como en las acciones colectivas, que dan cuenta de que las representaciones de género forman parte de relaciones de poder (Lorenzo, 2013).

Es interesante aquí definir la noción de *ideología* ya que según Althusser es “una representación de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia” (1970: 52) y es parte constitutiva de toda formación social. En términos teóricos, la ideología no es consciente, sino que sus representaciones son “objetos culturales percibidos-

aceptados-soportados que actúan funcionalmente sobre los hombres mediante un proceso que se les escapa” (Althusser, 1967: 193). Siguiendo esta línea de análisis, el carácter de la ideología, como conjunto o representación de ideas y significados, produce efectos a nivel psicológico y comportamental; es decir, no sólo se perciben en la acción humana, sino que, también, están inscriptos en la cultura material, en el plano del discurso, en la esfera de las experiencias vividas y en el comportamiento cotidiano (Giroux, 1996).

Las problemáticas de las representaciones sociales en torno al género femenino

*“No se nace mujer,
se llega a serlo”.*
Simone de Beauvoir

El género es un tipo de esquema cognitivo que analiza la comprensión de la vida en nuestra cultura como una construcción simbólica que relaciona lo masculino y lo femenino con determinadas características. Surge como categoría analítica, a fines del siglo XX, en cuyos debates las feministas lo plantean como una concepto relacional entre lo femenino y lo masculino que permite analizar las posiciones de los sujetos en una estructura jerárquica de poder que influye en la constitución de la identidad y en las diferentes modos de sentir, actuar, comportarse, vincularse, vivir la sexualidad (Schwarz, 2015).

Judith Butler sostiene que el género no es fruto de una elección sino que es una categoría cognitiva que se construye socialmente. El género es el significado cultural que asume el cuerpo sexuado; se trata de una experiencia condicionada a nivel discursivo. Sus límites se fijan dentro de los términos de un discurso cultural hegemónico que se apoya en un binarismo entre lo masculino y lo femenino, cuyas diferencias no se organizan ecuanímente en las estructuras de poder: lo masculino se impone a los varones como referente universal y parámetro de todas las cosas y lo femenino queda asociado a las mujeres, otorgándole mayor poder a la dimensión simbólica masculina (Butler, 2001). De este modo, se habla de: “la fuerza, la protección, la autoridad entre otras cosas, para lo masculino; y la sensibilidad, la debilidad, la obediencia, entre otras cosas, para definir lo femenino. Esta visión dicotómica del mundo estructura la percepción y la organización concreta y simbólica de la vida en nuestra cultura” (Schwarz, 2015: 55).

Para Schwarz, los modos de comportamiento, acción y pensamiento de los sujetos en todas las dimensiones de su existencia producen y reproducen la normativa de género:

Esta construcción tiene un plano social que abarca la interpretación y organización de todos los elementos en torno de un sujeto así como también un plano individual donde esta interpretación es constitutiva de la propia identidad; se hace cuerpo y se traduce en conductas y sentimientos específicos (2016: 55).

La maternidad en su dimensión sociocultural

La experiencia de la maternidad está determinada por las relaciones de género y las representaciones sociales presentes en cada, por ello es que su análisis, desde estas perspectivas, permite “hacer visible la manera en que a través del condicionamiento sociocultural se organizan y mantienen las diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres” (García Jordá, 2010: 8).

Las representaciones o las figuras de la maternidad son producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión materna de la femineidad y, por ello, son al mismo tiempo portadoras y productoras de sentido. Lo femenino y lo maternal mantienen relaciones lógicas complejas: no coinciden totalmente ni son disociables por completo (Schwarz, 2015). Como afirma la socióloga Mónica Tarducci: “aunque la maternidad se exprese como una experiencia individual enraizada en lo biológico, su acontecer varía por los valores y prescripciones sociales” (2008: 32). La maternidad, es un proceso multideterminado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Desde esta perspectiva, la psicoanalista argentina e investigadora de la sexualidad femenina, Silvia Tubert (2007) afirma que el deseo de un hijo no es natural sino que es histórico, como resultado de una operación de simbolización por la cual el futuro niño representa aquello que podría hacer felices a las mujeres:

La representación de la maternidad, en sus múltiples variantes, se sitúa en el punto de articulación entre el deseo inconsciente -en cuyo origen se encuentra, precisamente, la madre- las relaciones de parentesco en unas condiciones sociohistóricas determinadas y la organización de la cultura patriarcal. La maternidad no es puramente natural ni exclusivamente cultural, compromete tanto lo corporal como lo psíquico, sea consciente o inconsciente, participa de los registros reales, imaginarios y simbólicos (2007: 206).

La antropóloga y artista Sharon Hays (1998) analiza la maternidad refiriéndose a ella como *la ideología de la maternidad intensiva*, entendiendo por ideología al conjunto de ideales que se dan por sentado pero que están contruidos histórica y socialmente. La maternidad intensiva, según Hays, se corresponde con un modelo cultural caracterizado por la exigencia sobre las madres para dedicar su tiempo, energía y recursos casi exclusivamente a la crianza de sus hijos, tanto en las madres que trabajan por fuera del hogar como en las mujeres amas de casa.

En consonancia con Hays, retomamos el análisis que realiza Patricia Schwarz (2015) en su libro *Maternidades en Verbo*. A través de un recorrido por diferentes autoras que desde la perspectiva de género estudian la temática, la autora sostiene que esta concepción de la maternidad se ajusta al mandato de la “buena madre” como aquella que se dedica exclusivamente a la maternidad y al cuidado de la familia. Según Schwarz, este mandato es una construcción social relativamente reciente que, en comparación con otras culturas y momentos históricos, se instaló en Occidente en los últimos dos siglos. “El lugar de las mujeres en la vida social humana no es un producto directo de las cosas que hacen” (Scott, 2004: 60). Necesitamos considerar tanto al sujeto individual como a la organización social y descubrir la naturaleza de sus interrelaciones (Scott, 2004).

Siguiendo esta línea, para analizar las representaciones sociales sobre la maternidad

como una construcción cultural, tenemos que pensar la noción de la mujer como sujeto. Ya que las representaciones se encarnan en los cuerpos de los sujetos y estos, a su vez, están sujetos por la cultura y atados a las relaciones de poder (Foucault, 1996). La antropóloga feminista Marcela Lagarde sostiene que la subjetividad es la dimensión que abarca nuestra conciencia y también nuestro inconsciente. En ella están:

Nuestras concepciones del mundo y de la vida, cómo pensamos la vida, nuestra manera de ver la vida, nuestras creencias y aquello en lo que no creemos, el conjunto de valores con los que vivimos, el conjunto de normas, deberes, prohibiciones, todo lo que son normas para la vida. Pero también forman parte de la subjetividad nuestras formas de comportamiento, las actitudes, las respuestas, las reacciones, y también las acciones; nuestro imaginario, nuestra fantasía, nuestros lenguajes, los lenguajes del cuerpo, los lenguajes verbales, los lenguajes estéticos (Lagarde, 2015: 334).

Las representaciones sociales de la mujer-madre-trabajadora

*"Mujer: en el hogar hay un fuego sagrado
cuya llama hay que cuidar con las manos,
la sangre, el ahínco y la fe: el amor. Piensa
que amando a tu marido, criando a tu hijo,
cuidando tu casa y adorando a Dios, has
comenzado a conocer desde aquí abajo
la dicha perfecta y suprema de allá arriba".*
Nené Cascallar

En la modernidad, el rol tradicional asignado a la mujer se asoció a la maternidad, el hogar y la vida doméstica. La función reproductora y la crianza de los hijos como tarea casi exclusiva de la mujer fue uno de los pilares significativos del sistema de género y la estructura patriarcal. La domesticidad incluso trasciende las puertas del hogar para ampliarse al conjunto de tareas relacionadas con las responsabilidades familiares, como una disposición para cuidar a los demás y suplir las necesidades de los otros (Tubert, 2007).

La maternidad se consideró así propia de la naturaleza femenina reafirmando el poder de los varones por sobre las mujeres: "a partir de la modernidad, en el imaginario social de Occidente se legitimó el modelo de proveedor único, donde un esposo-padre aporta el sustento económico y una esposa-madre realiza el mantenimiento del hogar y el cuidado de los hijos" (Schwarz, 2015: 59). Sin embargo, éste era solo un ideal posible para las clases sociales con alta capacidad económica (Wainerman, 2005).

La medicina al consolidarse como saber legítimo y excluyente sobre el parto -en el siglo XVIII en Europa, y a mediados del siglo XIX en Argentina- cooperó con la constitución del proyecto de Estado-Nación y cumplió un rol fundamental en la constitución de lo que la psicóloga feminista Ana María Fernández (1992) denominó *mito mujer- madre*.

Esta representación sobre la maternidad atribuyó a la mujer a la "naturalidad" de "ser madre", asociada a las tareas del hogar y el cuidado de los hijos. Pero las normas y parámetros

de “la buena madre” no era un poder que le perteneció por *motus* propio, sino que fueron el Estado y los médicos quienes los impusieron. Así la consolidación del mito mujer-madre reforzó la distribución desigual de deberes, derechos y obligaciones entre varones y mujeres, justificando las mismas como una consecuencia de la imperfección de la naturaleza femenina (Lorenzo, 2013).

En la Argentina, si bien desde fines del siglo pasado comenzó la construcción de un ideal de la mujer asociado a la maternidad y la familia, ya entrada la década del treinta, apareció la figura femenina con fuerza con la incorporación masiva en el mundo laboral. La modernidad requería a las mujeres de las capas medias y los sectores populares en ascenso como trabajadoras asalariadas (Nari, 2000). Esta situación inició un cambio en la imagen tradicional de la mujer asociada al ámbito doméstico: “una imagen *mujer-madre-familia-nación* comenzó a tejerse para adquirir un fuerte poder simbólico en los gobiernos peronistas” (Zink, 2000: 15). La faceta de *mujer trabajadora* comenzó a formar parte de una nueva representación de la mujer, la *mujer- madre- trabajadora*. Esta nueva imagen, sobre todo, pasó a ser una cuestión del Estado en los gobiernos peronistas.

Entre los años 1945 y 1955, el peronismo, desde el discurso oficial y a través de las instituciones políticas y culturales, reconoció a las mujeres como actores dentro de la esfera política. En el año 1947 se le otorga por primera vez a la mujer el derecho al voto y el ingreso en la actividad política institucionaliza (Wainerman, 2005). Sin embargo, los cambios, tanto a nivel laboral como político, vinieron acompañados con un refuerzo de las diferencias de género sobre los atributos y funciones entre mujeres y varones. Por lo que, en este sentido, el Estado peronista se encargó de reforzar que el valor de la mujer comenzaba a existir cuando se convertían en madres, dándole una continuidad al papel doméstico tradicional asignado a las mujeres en el que “su destino” era el hogar (Zink, 2000).

En las reformas jurídicas de este período histórico, si bien las condiciones laborales mejoraron respecto a la década del '30, el trabajo femenino continuó marcando diferencias entre mujeres y varones, realizando las mismas tareas pero con un salario menor. El gobierno peronista, preocupado por la baja en las tasas de natalidad asignó la responsabilidad primordial al alejamiento de las mujeres del hogar y propulsó campañas en las que se llamaba a las mujeres a trabajar sólo en casos de extrema necesidad. Entre 1942 y 1955, las mujeres que conformaban al mercado de trabajo eran mayormente solteras y sin hijos. La preocupación mayor del gobierno respecto a las mujeres era la supervivencia de la familia y la importancia de la población femenina continuaba asociada a los niños (como los futuros ciudadanos), los esposos (como la fuerza de trabajo primordial) y la familia (como el órgano vital de la sociedad).

La desigualdad entre los sexos continuaba siendo tajante (Wainerman, 2005). Y se extendía también a los productos culturales del período histórico entre 1930-1955, como lo fue el cine en ese momento: “entre la-mujer-madre-y-ama-de-casa y la-mujer-trabajadora no hay una discontinuidad radical en el plano de la representación. Por el contrario: hay una continuación y una continuidad de los valores que la figura de la domesticidad porta” (Conde, 2005).

En la segunda mitad del siglo XX, que coincide con el fin del primer gobierno peronista, en las sociedades occidentales hubo una ruptura normativa en la historia de las mujeres a nivel social, económico y político. Luego de la extendida década peronista y las políticas de

nacionalización, la teoría del desarrollismo ganó lugar en el sector político con la voluntad de avanzar hacia un modelo de país basado en el desarrollo y apertura al mundo que tomaron los países centrales.

Durante 1960, la Argentina vivió una redefinición del rol de la mujer en la sociedad, de las relaciones de género y de la organización familiar. El acercamiento a la americanización de la cultura inauguró cambios en las costumbres, en la sexualidad (asociado a una idea de mayor libertad individual y autoconocimiento junto con el inicio de las píldoras anticonceptivos), la indumentaria, las modalidades del lenguaje – un ejemplo notable es la implementación del “tuteo” en el lenguaje coloquial-, las relaciones entre ambos sexos y entre generaciones de jóvenes y adultos. Fue una época caracterizada por la liberación sexual y la conquista de los deseos y sueños individuales por sobre las ataduras sociales y morales impuestas (Wainerman, 2005).

Los años sesenta se caracterizaron por una creciente entrada de las mujeres al mundo laboral y una salida del ámbito doméstico. El ingreso al mercado de trabajo se dio ya no sólo en épocas difíciles bajo el signo de la "necesidad", sino que adquirió un carácter de permanencia y las mujeres pasaron a aportar el mismo ingreso que sus parejas. Por otra parte, fue un momento de gran presencia y expansión de las mujeres en el ámbito educativo produciéndose un acceso masivo de las mujeres a la universidad y a los estudios de nivel superior. Éste fue el comienzo de un quiebre en el núcleo ideacional que sostenía los roles tradicionales de género y la definición de familia asociada a ellos y el inicio de una nueva conciencia femenina sobre el papel de la mujer en la sociedad (Lorenzo, 2013):

Especialmente desde los '60 las mujeres han modificado de manera sustancial su rol en la sociedad, respondiendo a la vez o alternativamente, a las necesidades económicas de sus hogares y/o a un nuevo ideal de femeneidad que las iguala a los varones en educación, participación económica e inquietudes ciudadanas (...). La emergencia de estos cambios se acompañó de nuevos ideales y nuevas prácticas en las formas de vivir en familia, de criar a los hijos, de organizar la cotidianeidad, que desafiaron el modelo patriarcal de la familia y los roles tradicionales de marido y mujer y de padre y madre para propiciar otro en el que el matrimonio se empezó a ver como un ámbito de satisfacción y no sólo de reproducción (Wainerman, 2005: 86).

Siguiendo el recorrido histórico que hace Catalina Wainerman, a mediados de los años setenta la Argentina atravesó el terrorismo de Estado caracterizado por gobiernos dictatoriales con una impronta extremadamente conservadora y autoritaria. Tanto a nivel político como económico, el Estado pasó a ser considerado un factor “distorsionador”. Mientras, por un lado, para la economía esto significó abrir las puertas al mercado y las políticas neoliberales, alentando el consumo y la especulación financiera, por otra parte se instó a devolver la educación a la familia y a la Iglesia como los “agentes naturales” para el funcionamiento de la sociedad.

En la dimensión económica, fue el comienzo de la implementación de políticas represivas que generaron una transformación integral del país, sobre todo a nivel de la acumulación del capital desnacionalizando el poder económico y la concentración del capital. Se puso fin al modelo de Estado intervencionista del peronismo cuya función era asegurar canales para la movilidad

social ascendente en un contexto caracterizado por las desigualdades sociales. La lógica impulsada por el Estado neoliberal en los años setenta dio lugar a la apertura del mercado y a la mercantilización de bienes básicos como la educación y la salud, entre algunas de las características del nuevo modelo de país. Ante este escenario, los sectores sociales más acomodados consiguieron generar una ventajosa rentabilidad económica, las clases medias sufrieron una drástica caída social acoplándose como pudieron al nuevo modelo -pese a que el Estado no tenía políticas para contener a estos sectores de la sociedad- y las clases populares fueron las que sufrieron el mayor empobrecimiento (Wainerman 2005; Schwarz, 2015).

Para Schwarz, lo que se dio fue la culminación de la confianza en un progreso social y el futuro se volvió incierto. Esto llevó a una reconfiguración de los individuos para adaptarse al nuevo contexto, que se caracterizó por la autorregulación, hacerse cargo de sí mismos y generar las competencias y recursos necesarios para garantizar el acceso a los bienes sociales.

En el plano social y educativo, los materiales curriculares impartidos en las escuelas y los medios de comunicación se plegaron a las directrices del gobierno dictatorial y emergieron nuevamente las concepciones familiares tradicionales: las mujeres deben ocuparse del hogar, los hijos y las tareas domésticas y los varones de trabajar para proveer el sustento económico (Wainerman, 2005).

En 1983, el inicio de la democracia dio lugar a un contexto más propicio para revisar las concepciones de género, de familia y el rol de los varones y mujeres en la sociedad. Renacieron los valores asociados a la libertad y el desarrollo personal, surgidos en los años sesenta, ahora encarnados en el marco de la democracia. Los discursos y luchas por la liberación femenina y el respeto por las diferencias de género comenzaron a surgir con más fuerza. Fue una época caracterizada por cambios culturales, que dieron lugar a nuevos estilos de vida que permearon la vida familiar y laboral de las mujeres:

Las pautas de alimentación, el mayor consumo de alimentos semipreparados, la mayor frecuencia del almuerzo en el ámbito de trabajo en lugar de alrededor de la mesa familiar, los cambios en las pautas de limpieza sedimentados a lo largo del tiempo contribuían a alivianar la carga doméstica de los hogares de clase media. Pero también las pautas de crianza comenzaron a cambiar. Un dato particularmente significativo así lo ilustra: el uso de los servicios de guardería y de jardines infantiles (Wainerman, 2005: 80).

Los nuevos estilos de vida fueron acompañados de supuestos cambios en los roles tradicionales asignados a los varones y mujeres; y la participación de la mujer en el mercado laboral se convirtió en un eje central para generar transformaciones en las relaciones del poder dentro del hogar respecto al modelo de familia tradicional. El trabajo pasó a convertirse en una parte sustancial de la identidad de la mujer actual, y el ser madres y esposas dejó de ser la única forma por medio de la cual las mujeres pudieran sentirse realizadas (Wainerman, 2005). Por otra parte, los varones comenzaron a asumir otros roles en relación a la paternidad generándose un nuevo modelo de padre comprometido más directamente con la educación de los hijos y con la dedicación a la crianza.

Sin embargo, para Wainerman, pese al asentamiento de las mujeres en el mundo laboral,

éstas no abandonaron el ámbito doméstico, generando cierta continuidad en los roles tradicionales asignados a las tareas del hogar y la crianza de los hijos:

En este dato podemos observar el origen de prácticas vinculadas al cuidado de la comunidad interpretadas como una extensión de la ética maternal de las mujeres (...). Esta tendencia al cuidado extendido del otro aún por fuera de la relación madre-hijo, en el caso en que ese traspaso de las actitudes tradicionales de cuidado en lo doméstico se lleva a lo comunitario (Schwarz, 2015: 218).

La antropóloga Sharon Hays (1998), plantea las contradicciones culturales de la maternidad contemporánea a través de dos cuestionamientos. Por un lado, señala que pese a que vivimos en una sociedad donde la mayoría de las madres trabajan fuera del hogar, los mandatos culturales continúan presionando a las mujeres para que dediquen lo máximo de sí mismas a la crianza de los hijos. Por otro lado, se pregunta por qué en una sociedad donde la lógica de la ganancia individualista pareciera dirigir el comportamiento de los sujetos en tantas esferas de la vida, el modo de actuar de las madres se guía por una lógica de la crianza generosa (Hays, 1998).

En la actualidad estamos en un momento de transición entre ambos modelos de familia en el que conviven diversas formas familiares, algunas más cercanas a los modelos tradiciones, otras con rasgos más novedosos (Wainerman, 2005). Todo esto enmarcado en un contexto socioeconómico en el que las reglas cambian permanentemente y la identidad de los sujetos tiene que ser lo suficientemente flexible y plástica para enfrentar los nuevos desafíos, lo que genera también transformaciones en la subjetividad de los varones y mujeres y una reconfiguración de la vida urbana y de la organización familiar (Schwarz, 2015).

En las últimas décadas, las transformaciones en la organización familiar y, dentro de ella del rol de la mujer, fueron debido a diferentes factores que van desde los procesos de globalización y urbanización a la expansión de los derechos humanos y, particularmente, los de las mujeres, niños y nuevos sujetos sexuales (Climant, 2009). Sin embargo, como sostiene Climent, si bien:

Las identidades de género tanto de hombres como de mujeres se han ido resignificando en algunos aspectos, en muchos otros aún permanecen inalterable. (...) Por ejemplo, en amplios sectores de las sociedades occidentales aún hoy se sostienen estereotipos de género que indican cuáles son los comportamientos y actitudes apropiados para los varones y las mujeres, que se creen biológicamente determinados según la pertenencia a cada sexo. Así se considera que la condición biológica que permite a las mujeres engendrar, parir y amamantar, se acompaña de una habilidad innata para educar, criar y cuidar (2009: 237).

Luego de haber realizado un abordaje teórico sobre las representaciones sociales de la maternidad, y específicamente, sobre la representación de la mujer-madre-trabajadora, abordaremos las representaciones sociales del embarazo y el parto.

El embarazo y el parto: un proceso sociocultural

*“Multiplicaré los sufrimientos de tus embarazos;
darás a luz a tus hijos con dolor.
Sentirás atracción por tu marido y él te dominará”
(Génesis, 3:16)*

El embarazo y el parto, además de ser procesos fisiológicos y biológicos, son procesos culturales enmarcados en tramas constituidas socialmente y estructuras de poder específicas a cada sociedad (Fornes y Merino, 2008). La forma de nacer es una forma de socialización así como también es la reproducción de un modelo cultural y de relaciones de poder (Davis Floyd, 1993). “La capacidad de concebir no es un proceso que implica solo una determinada técnica corporal sino que es también una construcción simbólica que compone el proceso interpretativo de dicha experiencia” (Schwarz, 2015: 112).

Diversos estudios sociales y antropológicos analizan la pluralidad de formas de significar la experiencia en relación al embarazo y parto y cómo, en diferentes culturas, a partir del hecho biológico de parir, la cultura modela la manera de entenderlo y vivirlo así como los medios, recursos y tecnologías para asistirlo: “se nace en una época y en un determinado contexto, en el que se articulan las representaciones y prácticas que lo ordenan y dan sentido” (García Jordá, 2010: 1) .

En este sentido, para la antropóloga Michelle Sadler, los modos en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros da cuenta de los valores y principios estructurales en que las culturas transmiten las conductas esperadas en fases específicas de la vida (Sadler, 2004). Según la autora, las temáticas ligadas al embarazo y el parto son un punto clave para analizar procesos sociales generales:

El modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, se sustenta en una lógica ideológica que impregna de significados los distintos sucesos como el embarazo, parto y puerperio, conteniendo y reproduciendo a su vez, una concepción social de la reproducción y de la maternidad. Todo este andamiaje es soportado y soporta, sin ningún espacio para la duda, una manera de pensar, mirar, concebir a la mujer en ese espacio social en que anida la hegemonía del discurso médico occidental (Camacaro Cuevas; 2008: 294).

Desde la mitad del siglo XX, cuando en Occidente se produjo un cambio en el lugar de nacimiento y en los roles de quiénes asisten a estos procesos, el embarazo y el parto dejaron de ser asistidos por parteras y se convirtieron en un hecho hospitalario caracterizado por la medicalización. Fue una transición de lo privado a lo público y el médico pasó a dirigir, decidir y controlar este proceso. Así se introducen nuevas formas de percibirlo, vivirlo y nombrarlo, que conducen, a su vez, a nuevas maneras de representación social sobre el embarazo y el parto (García Jorda, 2010).

En este sentido, siguiendo a Foucault (1990) el embarazo y el parto se convirtieron en objetos de intervención médica. Para el autor, estos procesos son ejemplos paradigmáticos de la

actividad medicalizadora. La mayoría de las mujeres occidentales durante este proceso utilizan los servicios médicos, convirtiéndose en pacientes. La medicalización pasa a ser parte del proceso del embarazo y del parto. Para Sadler (2004), la mujer en la situación del parto entra en un *territorio* donde sus saberes no son reconocidos, el conocimiento médico y el lenguaje utilizado es altamente especializado y técnico:

En el sistema médico alópata observamos que el parto ocurre en la casi totalidad de los casos en un lugar físico que corresponde a territorio médico. Este hecho tiene gran importancia, por cuanto norma la naturaleza de los eventos que se sucederán: no se diferencia un parto normal de uno con complicaciones (Sadler, 2004: 6).

Como sostienen los licenciados en comunicación social Ingrid Zucconi y Cristian Martínez en la tesis "*Esto es un parto*", en el trabajo de parto, y el momento mismo del alumbramiento, las prácticas médicas realizadas como rutina: "funcionan como prevención del dolor y de los síntomas, lo que genera una medicalización del cuerpo" (Zucconi y Martínez, 2014: 54).

La mujer en el proceso del embarazo y el parto es concebida como paciente dentro del mundo hospitalario y como madre en el contexto familiar y afectivo: al ingresar al hospital para dar a luz como paciente se está convirtiendo en madre (Sadler, 2004). En la atención médica durante el embarazo y el parto, padre y madre quedan enmarcados en los roles tradicionales de género (Varela, 2010). Esto trae consigo características de la representación hegemónica de la maternidad en la que el ser madre se entiende como necesidad y completitud de la mujer como tal. La idea de que la realización de la mujer ocurre cuando se convierte en madre no es ajena a la cosmovisión de la obstetricia tradicional (Giberti, 1996: 274).

Desde los estudios de género, la licenciada Lorenzo (2013) relaciona la medicalización del parto con las representaciones de género que asocian a la mujer con la madre y con pautas morales de lo que es ser una *buena madre*. En este sentido, ser *buena madre* es ser un paciente obediente acatando las indicaciones de los médicos. Lo que los médicos desconocen es la autonomía de las mujeres y su derecho a decidir sobre sus propios cuerpos. Celeste Jeréz - antropóloga especialista en la temática de la humanización del parto- sostiene que:

La mayoría de los profesionales de la salud dan por supuesto no solo que toda mujer debe ser madre como destino, sino que toda mujer desea ser madre. Se parte entonces de la idea de que las mujeres que no aman a sus hija/os transgreden mandatos sociales, así como "mandatos naturales" al asociar linealmente el ser mujer a maternidad y a naturaleza (2014: 84)

Desde el punto de vista del sujeto y las posibilidades de nuevas formas de significación en el marco de las representaciones sociales del embarazo y el parto, la licenciada en Comunicación Social Paola Tabacman (2010) en su tesina *Parto y subjetividad* se refiere a la experiencia del parto como una instancia donde el sujeto-mujer puede recrear su propia subjetividad frente al modelo de parto impuesto desde el discurso médico dominante. Tabacman crea el concepto *parto corporalizado* donde entra en escena otro tipo de subjetividad, con una capacidad crítica y

autónoma para vivir la experiencia del parto como una posibilidad de resistir al modelo biomédico.

Desde nuestro trabajo de investigación abordamos dos formas de representación social sobre el parto: el parto institucionalizado y el parto humanizado. Para ello, nos hemos basado en la categorización que Jodelet (1986) -citando al psicólogo social rumano Moscovici- realizó sobre los tipos de representaciones. Entendemos la noción de parto institucionalizado como las *representaciones compartidas* por todos los miembros de una sociedad que funcionan como hegemónicas y que prevalecen implícitamente en toda práctica simbólica con cierta homogeneidad. La noción del parto humanizado correspondería a otra forma de representación- que en términos de Moscovici podríamos llamar *representaciones emancipadas*-, producto de la circulación de ideas y conocimientos pertenecientes a subgrupos de la sociedad y que tienen cierto grado de autonomía.

Como una tercera representación social podríamos nombrar *el parto domiciliario o parto en casa*, el cual no analizaremos en esta tesina. Solo destacamos que esta representación podría considerarse, siguiendo la categorización de Moscovini, como un tercer tipo de representaciones que el autor llama *representaciones polémicas*, generadas en el curso de conflictos sociales que, no son compartidas o comprendidas por la sociedad como un todo.

El parto humanizado, al formar parte del marco legislativo del país -a través de la ley nº 25.929 que ampara los derechos de los padres y los hijos en el momento del parto y del nacimiento y está apoyada por organismos internacionales como la OMS- adquiere una legitimación social, legal, cultural y moral, a diferencia del parto domiciliario, cuyos debates y luchas continúan por parte de quienes defienden esta forma de nacimiento. El *parto en casa* es una modalidad de parto -apoyada por agrupaciones de parteras independientes y personas, en su mayoría mujeres- en pos del parto domiciliario y del rechazo a un proyecto de ley que restringe el accionar de las parteras: "entre los discursos del "Parto en casa" existen tensiones y pujas por el reconocimiento de diversas realidades socio-económicas de quienes los han practicado" (Jeréz, 2014: 87).

De una u otra manera, lo destacable aquí es que actualmente en Argentina, los términos parto humanizado/ respetado y parto en casa forman parte de una retórica particular que genera ruptura de sentido en la sociedad convirtiendo ciertas prácticas en relación al parto y al nacimiento en problemas sociales inscribiéndose en las temáticas relacionadas a los derechos de las mujeres y las cuestión de género (Jeréz, 2014).

Un recorrido por las representaciones sobre el embarazo y el parto

Haremos a continuación, de la mano de Karina Felliti (2011), un recorrido de las diferentes representaciones sociales que del embarazo y parto se tuvieron a lo largo de la historia. La autora en su artículo "Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina" (1960-1980) hace un recorrido histórico sobre los debates que se generaron en torno al parto:

Durante siglos, el embarazo y el parto fueron vividos por la mayoría de las mujeres como momentos críticos que generaban gran ansiedad y angustia dadas las altas probabilidades de no sobrevivir a ellos. Las madrastras que habitaban los cuentos campesinos y cortesanos medievales eran personajes surgidos de una dura realidad. A su vez, como prueba irrefutable de una actividad sexual previa, el embarazo y el parto fueron considerados por la tradición judeocristiana como un momento de necesario ajuste para una sexualidad femenina que había osado manifestarse. (...) Miedo, dolor y muerte rodeaban a este evento que fue durante mucho tiempo un acontecimiento vivido entre mujeres. Familiares, amigas y parteras eran las encargadas de acompañar y responder a las necesidades de la embarazada en su propio hogar, realizar las tareas domésticas, cuidar de sus esposos, de sus otros hijos y atender el parto (Felliti, 2011: 115).

A mitad del siglo XIX, sumado al desplazamiento de los partos en el ámbito privado a la institucionalización y presencia del poder médico, se produjo el desarrollo de la asepsia e higiene en los hospitales y con esto la disminución de la mortalidad por la baja de los focos de infección.

En este contexto, muchas mujeres pertenecientes a los sectores medios y altos de la sociedad comenzaron a pedir la presencia de médicos en el parto, confiando en la capacidad de los especialistas para parir en condiciones seguras y buscando también disminuir el dolor (Felliti, 2011). En Estados Unidos, este interés femenino encontró su respuesta en un método polémico y fuente de debate en el ámbito médico conocido como *Twilight Sleep*, que consistía en una mezcla de fármacos para aliviar el dolor de la parturienta, hasta el punto de provocarle amnesia. Muchas mujeres que deseaban no sentir ni recordar nada sobre sus partos se entregaron a estas prácticas, aunque dentro del propio ámbito médico se generaron grandes debates y se denunciaron sus peligros (Felitti, 2011).

El cambio significativo en relación al proceso del embarazo y el parto fue durante 1940-1950. Aparecieron en este período diferentes tecnologías e intervenciones de la obstetricia— diagnósticos prenatales con rayos X, aplicación de oxitocina y anestesia para aliviar el dolor en el parto, bancos de transfusión de sangre, entre otros, - dio lugar a nuevas posibilidades de plantear la atención en el parto. Surgieron los estudios del médico obstetra Read (2005), con opciones para tener un parto sin temor, sosteniendo que el miedo en el parto era producto de la desinformación y los mitos contruidos al respecto. Read creó un método que se apoyaba en cuatro puntos: la respiración correcta, la educación, el relajamiento y determinados ejercicios corporales que combinados con la respiración ayudaban a tener un parto menos intervenido (Felliti, 2011).

En la década del sesenta, si bien fueron años de grandes cambios en la situación social y laboral de las mujeres, las presiones y mandatos sobre la maternidad no disminuyeron sino que adquirieron nuevas formas: “la maternidad se volvió una responsabilidad más compleja, exigente y conflictiva para las mujeres, quienes tuvieron que encontrar un delicado equilibrio entre sus deseos de realización personal y el apoyo que debían a sus hijos/as” (Felliti, 2011: 114).

Durante los setenta, aparecieron las ideas de Fréderick Leboyer sobre el *parto sin violencia*. Este método consideraba que el temor es un componente inevitable en el trabajo de

parto y sostenía que lo importante era generar un entorno de relajación y un espacio íntimo, cálido y silencioso. En los años ochenta, Michel Odent montó una clínica en las afueras de París donde hizo funcionar una casa de partos con el objetivo de proporcionar a la mujer un ambiente hogareño e íntimo pese a estar en un hospital:

En esta clínica había montado un cuarto de alumbramiento con poca luz, pintado con colores claros, piscinas de agua tibia para relajamiento y eventualmente un parto bajo el agua. La mujer elegía libremente la posición en la que iba a parir, con libertad de movimiento y expresión, y no había *nursery* ya que el bebé estaba siempre con su madre. La idea era mantener la atmósfera hogareña, la privacidad, aunque se estuviera en un hospital. (Felitti, 2011: 117).

En la Argentina, durante el período de 1960-1980, se caracterizó por un contexto social y político caracterizado por el auge del psicoanálisis y por la promoción dentro de los hospitales públicos del derecho de la mujer a ser tratada con respeto y a tener mayor autonomía en el parto. Esta visión implicaba un sentido distinto al cuidado de la salud y de la maternidad, cuestionando el modelo médico tradicional (Felitti, 2011).

En los últimos 20 años, en nuestro país, organizaciones sociales de la sociedad civil construyeron sentidos de denuncia sobre la violencia implícita en el momento del parto por parte del personal de salud. Diversos autores – como Davis Floyd (1993), Merino y Fornes (2008) y Jeréz (2014) - han analizado y criticado el hecho de que la atención biomédica del parto se caracterice por agrupar y homogeneizar a las mujeres y tratar a los cuerpos femeninos *por igual*, más allá de las diferencias no sólo fisiológicas, sino también sociales, culturales y educativas (Jeréz, 2014).

Las diversas luchas y denuncias para tener un *parto respetado* se plasmaron luego en dos leyes nacionales específicas sobre el parto y el nacimiento: la Ley n° 25.929 (2004) sobre Derechos en el Nacimiento -también conocida como Ley de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento - y la Ley 26.485 (2009) de Protección Integral a las mujeres, en cuyo artículo 6 inciso “e” versa sobre la violencia obstétrica. Si tomamos el estatus de estas leyes como el resultado final, público y manifiesto de un extendido proceso de redefinición de la violencia hacia las mujeres, significa entonces que tienen el peso suficiente para condensar procesos impulsados y gestados anteriormente (Jérez, 2014). Sin embargo, como sostiene Felitti, si bien la ley existe su aplicación sigue siendo escasa y la violencia y maltrato en las instituciones médicas continúan:

Sin desconocer este escenario, luchar por un embarazo y parto respetado es reivindicar la autonomía corporal femenina, la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres y transformar lo personal en político. Pensar estos momentos como parte de la vida sexual de muchas mujeres y no solo de sus funciones reproductivas, no resulta fácil. La maternidad ha sido vivida y definida como obligación y en muchos casos sigue siéndolo. Apostar a defender los derechos que ella implica cuando es libremente elegida se presenta como un desafío, difícil pero también imprescindible (Felitti, 2011: 127).

El rol de la institución médica

“El arte de la medicina consiste en entretener al paciente mientras la naturaleza cura la enfermedad”.
Voltaire

En este apartado nos proponemos analizar y caracterizar el rol de la institución médica actual. Para describirla tomaremos, en primer lugar, los argumentos de Eduardo Menéndez – médico argentino e investigador en Antropología Social- en relación a lo que él denomina el *Modelo Médico Hegemónico* (1990). El autor construye una propuesta de análisis desde la cual reflexionar acerca del conjunto de rasgos que constituyen a los distintos modelos de atención de salud teniendo en cuenta las instancias de formación y producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas y de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Menéndez afirma:

Por modelo médico hegemónico entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez 1990: 83).

Este modelo (MMH) se sostiene, principalmente, en el *biologismo* a partir del cual se piensa a la enfermedad como un hecho natural. Para la antropología médica: “el modelo biomédico ha centrado la comprensión de la vida y la enfermedad en una perspectiva biológica desde la cual sus dimensiones sociales y culturales se reducen a causas secundarias o factores de riesgo” (Martínez, 2008: 334). Para Menéndez también este modelo plantea una *relación asimétrica* en el vínculo médico paciente, tendiendo a excluir a este último en las acciones de la salud y quedando subordinado al médico. En consonancia con esto, Le Breton (2002) afirma que este tipo de modelo sanitario asigna lo que es normal, riesgoso o deseable, legitimando la palabra del médico como la fuente de conocimiento-poder y donde el sujeto adquiere la condición de enfermo-objeto. De esta manera, se ocupa de desvincular a cada sujeto de su historia, costumbres, medio social, relación con el deseo, el miedo, el dolor, la angustia, la sensibilidad, para pasar a tratar al cuerpo como máquina (Le Breton, 2002).

Otro rasgo estructural de este modelo, según Menéndez, es la *profesionalización formalizada* y la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterios manifiestos de exclusión de los otros modelos de atención.

La biomedicina es tomada como expresión paradigmática de la escisión cuerpo/alma en términos científicos, pero además por el papel que desempeña en la institucionalización de esta concepción en el saber de los conjuntos sociales. Para los antropólogos, el dualismo cartesiano articulado con concepciones mecanicistas constituye parte de la base epistemológica e

ideológica de la biomedicina, de tal manera que ésta radica la enfermedad exclusivamente en el cuerpo, al que considera independientemente de las características psicológicas y sociales del paciente (...) Más aún, si bien los médicos clínicos asumen que el sujeto no es únicamente un ser biológico, su base formativa e institucional conduce a que consideren lo biológico como el principal determinante de las enfermedades de los sujetos (Menéndez 2001: 197).

Al plantear el proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva relacional, Menéndez (1994) reafirma la dimensión *histórico-cultural* y política que este modelo posee. Al recuperar la dimensión histórica recupera las relaciones de hegemonía-subordinación: son los sujetos/actores y los conjuntos sociales quienes construyen sus propias significaciones del proceso salud-enfermedad-atención. En relación con este planteo, Menéndez (1994) afirma que:

Las enfermedades, al ser fenómenos sociales cotidianos que afectan la vida de los conjuntos sociales, se constituyen en objeto de interpretaciones y explicaciones colectivas y que la respuesta construida socialmente para hacer frente a estos problemas vía el diagnóstico y la instrumentación de acciones para aliviarlos y/o solucionarlos, constituye una estructura necesaria que permite la producción y reproducción de toda la sociedad (Menéndez 1994: 71).

Ya caracterizado a grandes rasgos el MMH en que se plasman las relaciones del médico con sus pacientes, nos proponemos describir cómo se da específicamente la relación entre el médico obstetra y la embarazada.

Parto institucionalizado

“El parto-nacimiento es un proceso cultural además de biológico, enmarcado en tramas de significación y relaciones de poder específicas a cada sociedad (...) en el parto convergen factores ideológicos y materiales que dan sentido a cómo es y debe ser este proceso”.
Valeria Fornes

Como ya dijimos, hasta mediados del siglo XIX, los nacimientos se daban dentro del ámbito de la esfera privada y familiar. Cuando por motivos de índole social, político y cultural las parteras dejaron de tener autonomía en la asistencia en los partos, los médicos entraron en el centro de la escena a través del conocimiento obstétrico. La etimología de la palabra obstetricia proviene del latín *obstetricum* en que *obs* significa “estar delante de” y *tetricum* refiere a lo “tétrico, mórbido, vergonzoso, indignante, horriblemente, de una manera repugnante”. El parto así retratado como un momento “difícil”, llevó a que desde la biomedicina se lo pensara como un “evento patológico”, instalando en el imaginario colectivo la idea de que el mismo implica un “alto riesgo”. Es la obstetricia la especialidad capaz de controlar ese “riesgo”, ubicándose como la disciplina portadora de la atención legal y legítima del embarazo y parto. La hospitalización del

parto fue fundamental por parte del modelo médico para poder apropiarse de esta singular experiencia (Gerbotto, 2007).

La institución médica comienza a imprimir su dinámica de funcionamiento sobre el embarazo y el parto basada en un tipo de atención sanitaria que se corresponde a lo que llamamos anteriormente *modelo biomédico* o *biomedicina* (Martínez, 2008). Lo que queremos destacar aquí es que, como sostiene Michelle Sadler (2004), para hablar del parto:

Debemos primero insertarlo en el contexto del dominio de la ciencia médica occidental, donde se entiende como un procedimiento médico alópata, en el cual la mujer debe hacer ingreso a un sistema diferente al familiar y habitual para someterse a otras leyes y acatar lo que le dicen que debe hacer. Esta configuración es compartida por los distintos miembros que participan y garantiza que todos sigan el mismo set de procedimientos. La inclusión de la gestación y parto en el reino médico trae una serie de consecuencias, todas las cuales convergen en la transformación de la mujer en una paciente, lo que justifica la utilización de todos los métodos para tratar otras patologías (Sadler, 2004: 3-4).

Desde esta perspectiva de género y en consonancia con el MMH desarrollado por Menéndez, es interesante el aporte de Davis-Floyd (1992) en su ponencia *“Los tres paradigmas de la salud y nacimiento desde una perspectiva femenina”*. Según la autora vivimos en una sociedad tecnocrática, una sociedad post-industrial que se organiza alrededor de una ideología del progreso por el desarrollo de las altas tecnologías. En esta sociedad existen tres paradigmas preponderantes sobre la salud: el modelo tecnocrático, el humanístico y el holístico. El modelo tecnocrático es el dominante. Este modelo entiende al cuerpo de la mujer como un máquina, con la noción de que pueden extraerse partes y transferirlas: “el cuerpo se metaforiza como una máquina y el hospital como una fábrica donde se elabora el producto que es el bebé (...) las maternidades parecen una cadena de producción: mujer tras mujer llegan a la institución y los médicos “sacan” a los bebés” (Davis-Floyd, 1992: 3). En este sentido el modelo se enfoca hacia la estandarización y no en tratar a cada persona como individuo, a cada futura madre como única. Por otro lado, la autora sostiene que la paciencia no es una facultad o virtud que se estime como valor en este modelo, menos aun cuando tiene al alcance toda la tecnología para ser usada: “se hacen sobre la mujer intervenciones agresivas que responden a la incapacidad de asumir y respetar el tiempo que toma, de forma natural, la evolución del parto” (Davis-Floyd, 1992: 3). En este modelo, la autoridad y responsabilidad recaen sobre el médico y no en la parturienta. Esto queda gráficamente expuesto con la imposición de litotomía (posición acostada para parir) cuyo origen y adopción obligada coincidió con la entrada en escena del parto medicalizado. Si la mujer adoptara la posición vertical en el proceso del nacimiento, sería el médico quien habría de bajarse, y este posicionamiento, según Davis-Floyd, es inadmisibles para una gran parte, si no todos los médicos.

El sistema de parto institucionalizado o convencional es al que la mayoría de las mujeres

recurren y forma parte del sistema médico oficial. Se produce en los hospitales y clínicas médicas, lo que genera una interacción social específica (Jordan, 1992), en la atención médica y en la relación médico-paciente adquiere determinadas características.

El parto institucionalizado se caracteriza por el uso de la medicación y tecnología durante el alumbramiento (Sadler, 2004). Siguiendo a la antropóloga alemana Jordan (1992), la noción de medicalización se refiere a cualquier sustancia introducida en el cuerpo de la mujer -la mayoría de éstas, farmacológicas- que afecta el curso del parto con el propósito de acelerar o enlentecer el desencadenamiento del mismo, o para aliviar el dolor.

En este sentido, el médico Carlos Burgo plantea que la obstetricia sostiene la idea de la enfermedad latente de la embarazada: el discurso médico instala la necesidad de curar algo que puede llegar a enfermar. Por medio de la medicalización del nacimiento, la experiencia singular del embarazo se convierte en una experiencia homogeneizada y normativizada:

Un aspecto clave es la despersonalización de la parturienta, que se transforma en un objeto de estudio, un campo de trabajo, rendida en su condición de paciente, acostada, inmóvil, obediente a las prescripciones del personal. En estas condiciones, se reprime el torrente animal de movimientos y sonidos que pugnan por encontrar un cause en el cuerpo amordazado de la madre. El temor a la desintegración y a la pérdida de control resulta intolerable y difícil de manejar. Un cuerpo-objeto despersonalizado se vuelve dócil a la exigencia médica” (Burgo, 2004: 56).

Son varias las intervenciones que se realizan sobre el cuerpo de la parturienta. Robbie Davis-Floyd (1994) utiliza el término *rito de pasaje* para nominar aquellas rutinas y prácticas obstétricas que, a modo de *rituales*, son aceptadas por las mujeres de un orden social establecido, las cuales están organizadas desde el momento en que llegan a la institución para parir hasta que les dan el alta: “la mujer se vuelve así un cuerpo orgánico, que responde a estímulos químicos y a técnicas diversas cuyos resultados son idénticos y supuestamente previsibles en casi todos los casos” (Burgo 2004: 90). La episiotomía, por ejemplo, es una práctica que continúa realizándose pese a que ha sido calificada incluso como mutilación genital (Wagner, 2000).

En este sentido Fornes (2009) utiliza el término *heridas y cicatrices* como las marcas culturales que quedan en el cuerpo de la mujer y que expresan, desde lo físico y lo simbólico, relaciones de poder. Para la autora, éstas son marcas de género ya que sólo pueden realizarse en cuerpos femeninos, que se mantienen y reproducen legitimados por la costumbre y el sentido común.

Las intervenciones de los profesionales de la salud se han incorporado como parte del proceso de un “parto natural”. En estas intervenciones homogenizan la experiencia del nacimiento así como también ponen en juego herramientas tecnológicas (Tabacman, 2010). Creemos conveniente abordar dichas intervenciones ya que debemos pensarlas como las fases del parto “natural” que este modelo hegemónico ha instituido:

- El goteo con oxitocina -una hormona segregada por la hipófisis que tiene como función

provocar las contracciones en el útero, generar las modificaciones de su cuello y su dilatación durante el proceso del parto-: a través del goteo por vía intravenosa, se coloca oxitocina sintética para elevar los niveles de circulación de la misma. A partir de dicha intervención, la mujer queda inmovilizada y las contracciones generadas por esta intervención suelen ser más dolorosas lo que, por lo general, lleva a la embarazada a pedir la anestesia peridural:

- la episiotomía: es una intervención destinada a ampliar artificialmente el conducto vaginal de la mujer. Se da en el 90% de las primerizas con el objetivo de prevenir un prolapso;
- fórceps: un instrumento que se perfeccionó a fines del siglo XVI, es una pinza que asiste y facilita la salida del bebé por el canal de parto. Esta intervención implica necesariamente una episiotomía y la aplicación de anestesia.

Por otro lado la cesárea también es una realidad frecuente en todas las maternidades, ya que es otra de las intervenciones rutinarias que se dan en las distintas instituciones de salud.

- La cesárea es una intervención que tiene por objeto extraer y producir el nacimiento a través de la pared del abdomen. Según las recomendaciones de organismos internacionales, debe practicarse en el caso de que la salud de la madre o del niño estuviese en riesgo. Es una intervención que se lleva a cabo en el quirófano y supone la presencia de otros profesionales.

La OMS afirma que el índice de cesáreas de cualquier región debería oscilar entre el 10% y 15%. La tasa de cesáreas en América latina es del 38%; en Argentina se ubica en un promedio del 30,6% de los partos registrados en el país entre 2010 y 2013, de acuerdo con el Segundo Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico. Según la OMS (2015) cuando la tasa de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15%, los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios.

En relación con la problemática del porcentaje elevado de cesáreas y los procedimientos de rutina en el contexto del MMH, Wagner Mardsen (2006) sostiene que:

Las parteras recurren muchísimo menos a intervenciones innecesarias. Los obstetras son cirujanos y su capacitación los lleva a convertir el nacimiento en un procedimiento quirúrgico. Es por este motivo que hay un exceso tan trágico de intervenciones innecesarias, incluyendo la inducción del parto, la episiotomía y la cesárea en un parto medicalizado (s/p).

Desde este marco, aparece el término humanizar en relación a la atención biomédica, para evitar la medicalización y tecnificación del parto, devolviéndole el protagonismo a la madre, tratándola, tanto a ella como a su hijo, como sujetos de derechos y no como meros cuerpos/objetos (Schwarz, 2015).

La antropóloga Celeste Jeréz (2014) afirma que existen distintos sentidos brindados al término “Humanización” dentro del ámbito del parto. Estos sentidos entran en diálogo y en disputa por un espacio político a ser ocupado. Algunos de estos sentidos son el resultado de los históricos reclamos y de la lucha de determinadas mujeres, de agrupaciones y de activistas del movimiento feminista.

Cada sentido brindado al término “Humanización” se entiende como una “reivindicación de legitimidad del discurso” (Diniz, 2005), es decir, como reivindicaciones de diferentes sectores convergentes o contrapuestos, que entran en diálogo por este espacio político a ser ocupado. A continuación, siguiendo la investigación de Jeréz, nombramos algunos de los sentidos que actualmente se le otorgan al término *humanización*. Para la comunidad médico científica, la humanización del parto se relaciona con el uso apropiado de la tecnología y el respeto por la fisiología de las mujeres, basando sus fundamentos en evidencia científica, en el marco de los derechos humanos, la humanización enfatiza en la defensa de la reivindicación de los derechos (no) reproductivos y sexuales de las mujeres (Diniz, 2005); en el ámbito de las políticas de salud pública, se relaciona con la racionalidad del uso de los recursos disponibles. Desde los profesionales de la salud la humanización del parto viene a discutir con el modelo actual jerárquico: serían las parteras y las enfermeras, y ya no los obstetras, quienes pasarían a tener un lugar privilegiado en la atención institucional de los partos. Una última aproximación al término que nos interesa rescatar tiene que ver con el derecho al alivio del dolor; este discurso está guiado por la experiencia de instituciones que sufren la falta de recursos materiales y propone como humanitarios procedimientos clínicos como la anestesia peridural (Jeréz, 2014).

De todos los sentidos que los diferentes discursos otorgan al término humanización, nos vamos a centrar sobre todo en aquellos que surgen de los organismos internacionales y de las instituciones médicas (OMS/ OPS) ya que son los que consideramos relevantes para nuestro análisis debido a que todas las embarazadas entrevistadas se atendieron y parieron en instituciones médicas.

Fue Frédérick Leboyer¹ el primero que, en su obra *Por un nacimiento sin violencia* (1975), dio los primeros pasos en la reconsideración de las prácticas que se rutinizan en el momento del parto, tomando como foco de análisis al recién nacido. Michel Odent retomó la línea de pensamiento, y en su libro *Nacimiento Renacido* (2005) completó esta investigación incluyendo en su estudio a la parturienta. Estas teorías consideraron al parto como una etapa más de la vida sexual y reproductiva de las personas, y definen al parto humanizado como la práctica de parir desestimando la medicalización rutinaria y respetando los tiempos fisiológicos de cada mujer embarazada. Según Odent, cada mujer debe de ser tomada como única y respetada física y psicológicamente, siendo acompañada en cada etapa, ayudándola para que tome conciencia de

1 Frédérick Leboyer nació en noviembre de 1918. Graduado en la Facultad de Medicina por la Universidad de París, se especializó en ginecología y obstetricia, llegando a ser jefe del departamento de dicha universidad en los años cincuenta. Tras estudiar psicoanálisis, publicó el libro *Por un nacimiento sin violencia*, que revolucionó la visión del parto.

su cuerpo, aprendiendo de fisiología. Los cuerpos no deben responder a las voluntades de los profesionales de la salud sino que, por el contrario, es el profesional de la salud el que debe encontrarse a disposición de la embarazada, aún cuando esto implique esperar, respetar tiempos individuales o proceder médicamente en posiciones que no le son tan cómodas. En un parto humanizado, el rol de la pareja es fundamental ya que forma parte de la contención psicológica de la parturienta.

Wagner (2006) - ex director del área de salud de mujeres y niños de la OMS- en sus postulados acerca de lo que sería *humanizar*, afirma que: “humanizar el parto significa entender que la mujer que está dando a luz es un ser humano, no una máquina (...) poner a la mujer en el centro de la escena dejando que ella tome todas las decisiones de lo que va a ocurrir”. Wagner sostiene que un parto medicalizado es necesariamente deshumanizado: separa a la mujer de su propio ambiente y la rodea con gente extraña, utilizando máquinas extrañas para hacerle cosas extrañas en un esfuerzo por asistirle, alterando así el estado mental y físico de la mujer por lo que el acto tan íntimo que lleva adelante también termina por alterarse. En el parto medicalizado, el médico es quien siempre tiene el control mientras que el elemento clave en un parto humanizado es la mujer.

Las organizaciones, organismos y profesionales de la salud que militan por el parto humanizado o respetado reivindican la maternidad como derecho y elección haciendo foco en determinados cualidades relacionadas con lo “instintivo” y “natural” del cuerpo de la mujer embarazada (Jeréz, 2014). Raquel Schallman en su libro *Parir en Libertad* (2007), en lugar de hablar de parto humanizado prefiere llamarlo *parto libre*, en el que cada mujer tiene derecho a tener a su hijo como quiera y pueda. El parto tiene que ver, para la autora, con el placer, las emociones intensas, los deseos, la angustia, la alegría y con la exploración que cada mujer haga sobre su cuerpo. Cada una tendrá su propia experiencia ya que no hay una sola manera de parir.

Por su parte Fornes y Merino (2008) abordan la problemática del parto humanizado desde una perspectiva de género. Las autoras, además de indagar en la brecha que existe entre el marco legal existente -y la escasa efectivización al no existir políticas públicas de difusión sobre los derechos en el embarazo y el parto-, investigan el lugar que se le asigna a la mujer como sujeto-objeto en la situación del parto, buscando desentrañar las representaciones y prácticas médicas asociadas a la mujer y los modos en que viven las experiencias.

El parto humanizado entiende que el proceso de parto (trabajo de parto, posparto y puerperio) es único en cada mujer; es por ello que no se adapta a lineamientos generalizadores sino que busca recuperar ciertos saberes corporales que las mujeres poseen instintivamente en referencia a su sexualidad (Gerbotto, 2007).

A lo largo de nuestro análisis de las entrevistas intentaremos describir cuáles son las representaciones que las embarazadas poseen del parto humanizado.

Los cursos de parto al igual que las representaciones sociales sobre la maternidad, el embarazo y el parto merecen ser entendidos como un hecho sociocultural. Si entendemos la cultura como una red de significaciones, para definir los programas prenatales es necesario comprender que estos se enmarcan y están determinados por las representaciones sociales que de la maternidad, el embarazo y el parto tienen los actores sociales involucrados. Estos últimos son principalmente la institución médica, el equipo de profesionales de salud y las mujeres embarazadas y sus parejas o acompañantes.

Teniendo en cuenta que los cursos de parto que brindan las instituciones médicas forman parte del modelo de parto institucionalizado y que, según el Ministerio de Salud (2013: 1): “más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud”:

Para analizar los significados sobre la maternidad en un escenario biomédico es necesario reconocer que el programa prenatal constituye un terreno en el cual el personal de salud y las mujeres embarazadas se posicionan de manera diferente y, en ocasiones, de forma conflictiva, dado el poder que da el conocimiento biomédico a los primeros para definir los significados considerados como legítimos en dicho escenario (Castro, Edivey, Correa, 2011: s/p).

La socióloga argentina Graciela Tabak (2014) en su trabajo *Corporalidades transformadas: Embarazo, parto y puerperio*, analiza las representaciones y las prácticas en el embarazo y la maternidad sostenidas por los diferentes actores involucrados en el curso de parto. En su investigación sostiene que:

Desde la perspectiva de los protocolos de atención al parto normal se han introducido, en los últimos tiempos, cambios en la forma de entender y abordar el acompañamiento del parto y el nacimiento. Estos cambios fueron impulsados por diversos factores sociales y científicos. Se han desarrollado revisiones y reorientaciones de las prácticas tradicionales de preparación al parto y nacimiento, incorporando prácticas que contribuyen a recuperar el rol de la mujer en las decisiones que hacen a su bienestar (Tabak, 2014: 5).

En el año 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció como prioridad de la salud pública la atención de la mujer embarazada y en 1978 se reforzaron los programas de cuidado prenatal. Este hecho fue materia de políticas y legislaciones tanto en el ámbito internacional como nacional, convirtiendo la salud materno-infantil en un imperativo moral y político para los Estados (Castro, Edivey y Correa, 2011).

En el caso de la Argentina, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación creó una guía con *Recomendaciones para la Práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal* destinada a toda mujer embarazada, puérpera y aquellas

que estén planificando un embarazo. Cada provincia, municipio o institución nacional, tanto pública como privada, debía usarla como guía, adaptándola a la realidad local para desarrollar sus propias normas de atención con la posibilidad de realizar las modificaciones necesarias en la medida que surgieran nuevas evidencias científicas (Ministerio de Salud, 2013).

El propósito de este documento era ofrecer al equipo de profesionales de salud “orientaciones acerca de la atención, el asesoramiento y los recursos asistenciales a los que deben acceder las mujeres que desean lograr un embarazo, las embarazadas y las puérperas, a fin de que alcancen el mejor resultado posible, tanto para ellas como para sus hijos” (Ministerio de Salud, 2013: 10).

En la Argentina, dentro del marco del parto institucionalizado, el curso de parto llamado oficialmente “Curso de Preparación Integral para la Maternidad y Paternidad Responsables” consiste en una actividad grupal que imparte la partera o médico obstétrico a las mujeres embarazadas. Durante estos programas se incluye en algunos de sus encuentros, dependiendo del tipo de establecimiento, además de la presencia de las embarazadas la asistencia de las parejas o acompañantes. El propósito de los cursos de parto es ofrecer información sobre los aspectos anatómicos, fisiológicos y preparación psicofísica para el mejor desempeño de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (Tabak, 2014).

Dentro del marco del parto institucionalizado, así como la mayoría de las instituciones médicas con servicio de obstetricia ofrecen cursos de parto, también está la posibilidad de asistir a estos cursos de manera particular a través de parteras u obstétricas que los brindan en forma privada. Según la temática a abordar en cada encuentro, los cursos son brindados en forma interdisciplinaria por profesionales de diferente especialidades, como neonatólogos, psicólogos, especialistas en lactancia materna, profesores de educación física, entre otros (Tabak, 2014). Según el Ministerio de Salud, los actores involucrados en la atención de la mujer embarazada y puérpera son las licenciadas obstétricas y los médicos de la siguientes especialidades: “Obstetras, Ginecólogos, Generalistas, Médicos de Familia, Enfermeras, Licenciados en Nutrición, Psicólogos, Trabajadores Sociales y todos aquellos con responsabilidad en el planeamiento y conducción de los servicios de maternidad” (Ministerio de Salud, 2013: 11).

Existen cursos de preparación para el parto tanto dentro de la modalidad del parto institucionalizado o convencional como dentro de la corriente del parto humanizado:

Si bien en ambas corrientes de atención existe el curso de preparación para el parto, la duración y el contenido del mismo varían en cada modalidad. En la corriente convencional, el curso de psicoprofilaxis (según relatan mujeres y parteras de esta modalidad) es de cuatro encuentros, en los cuales se les informa acerca de las posiciones que deben adoptar, a respirar y pujar, los síntomas de alarma por un trabajo de parto, lactancia y el último encuentro con un pediatra para informarse acerca de la atención de la salud del bebé recién nacido (Zuccini y Martínez, 2014).

A esta descripción, la licenciada Tabak (2014) agrega que en los diferentes encuentros

dentro de los cursos de parto institucionalizados, más allá de las particularidades de cada programa, se abordan diferentes aspectos: la parte física, a través del movimiento, el estiramiento y pelotas de *esferodinamia*, sumado a ejercicios de respiración para el momento del parto; la parte fisiológica, exponiendo imágenes, muñecos o videos sobre la fisiología del embarazo y el parto; la preparación para la lactancia; los motivos por los que la mujer embarazada debe ir al hospital o clínica así como los cuidados que requieren determinadas intervenciones como la cesárea o episiotomía; y el momento del parto, informando sobre el proceso de las contracciones, la rotura de bolsa, las posturas que se pueden asumir en sala de partos. El contenido de las actividades varía y se combina según cada institución o profesional/es que lo imparte.

Los licenciados en comunicación social Zucconi y Martínez describen las características del curso de pre-parto que se imparten bajo la modalidad del parto humanizado:

En la modalidad de parto humanizado se establece un curso de parto de por lo menos diez encuentros, que se inicia aproximadamente en la semana 30 de gestación, en los cuales se trabaja la información acerca de las posibles intervenciones que pueden aplicarse en caso de patología en el parto, y trabajo corporal en cada uno de los encuentros para lograr conexión con el propio cuerpo y con el bebé. Además de ello, es un espacio para hacer consultas y compartir sensaciones y emociones.

En la modalidad del Parto Humanizado podemos destacar el “Centro de Maternidad del Hospital Austral”, perteneciente al ámbito de clínicas privado, y la “Maternidad de Moreno Estela de Carlotto”, dentro del ámbito de salud pública. Ambas desarrollan sus actividades en la provincia de Buenos Aires, en la zona Pilar y Moreno respectivamente. Estas dos instituciones son socialmente reconocidas por asistir los partos, a través de la modalidad del parto humanizado, es decir, buscando trabajar con la menor cantidad de intervenciones médicas posibles.

El Hospital Austral cuenta con un Centro de Maternidad (2001) en el cual se ofrece un “Parto Seguro sin intervención” (Hospital Austral, 2017: s/p). Esta modalidad de parto se basa en: brindar una preparación adecuada y herramientas suficientes para un parto fisiológico y libre, asistiendo los nacimientos por medio de técnicas naturales; el respeto y la paciencia por los tiempos de cada parturienta a través de un trato afectuoso y personalizado; y otorgarle más protagonismo a las elecciones, deseos y preferencias de los padres.

Respecto a la asistencia del parto, la mujer ingresa al hospital donde es atendida, durante todo el proceso del trabajo de parto, por los profesionales del Equipo de Parto Seguro Sin Intervención (PSSI), el cual se traslada a la institución exclusivamente para la atención de ese nacimiento. En relación a las características del espacio físico donde se desarrollará el parto:

Las habitaciones se encuentran situadas en el piso de maternidad, fuera del ambiente quirúrgico. En caso de surgir algún imprevisto, la cercanía al quirófano, y el hecho de contar con profesionales de guardia de múltiples especialidades, facilitan la rápida resolución del mismo (...) cuentan con bañera, sofá, banquillo

para parto vertical, eslinga, equipo de música, pelota de esferodinamia, otros tantos facilitadores para el parto, etc., como así también los insumos necesarios para una atención de la madre. Además, el Servicio de Neonatología instala una *servocuna* en la misma habitación y los materiales necesarios para una correcta atención de bebé que nace de modo tal que, en condiciones normales, no es necesario trasladar al niño a otro espacio físico para su primer control clínico. La recepción del niño recién nacido es llevada a cabo por un neonatólogo y una nurse de nuestro hospital (Hospital Austral, 2017: s/p).

Una vez producido el nacimiento, se ofrecen reuniones en las que se tratan temas de posparto y crianza. Estos encuentros están coordinados por doulas y obstétricas del equipo de profesionales del Centro de Maternidad. Son reuniones que denominan “puerperio rodante” basadas en brindar espacios de contención y acompañamiento, en donde las mismas parejas que compartieron la preparación antenatal, se reencuentran, ya con sus hijos en brazos, para seguir compartiendo sus experiencias, afianzándose en su rol de padres (Hospital Austral, 2017: s/p).

Siguiendo este objetivo, la institución brinda un programa llamado “Preparación grupal prenatal”. El programa está coordinado por obstétricas, enfermeras, obstetras, psicólogos, neonatólogos, puericultoras y doulas. Tiene una modalidad grupal que comienza aproximadamente en la semana 24 de gestación y se extiende hasta el momento del parto. Los encuentros incluyen el trabajo corporal, dinámicas de intercambio y análisis grupal de información sobre el embarazo y parto.

Además cuenta con una preparación prenatal en forma personalizada, a través de entrevistas individuales, en la que participan también los padres. El propósito de éstas es fortalecer el vínculo entre los profesionales y la pareja, así como conocer aspectos individuales y preferencias, y de acuerdo a ellas, brindar la información pertinente desde el aspecto médico-científico.

El programa de preparación prenatal brindado por el Centro de Maternidad del Hospital Austral es exclusivo para parejas que programen un "Parto Seguro sin Intervención" dentro de la institución.

Por otra parte, la Maternidad Estela de Carlotto (2013) tiene el propósito de brindar una atención del parto que cumpla con la Ley Nacional n° 25.929 del Parto Humanizado. En palabras de una de las profesionales del equipo de salud:

Nosotros tenemos una modalidad distinta de la asistencia de parto que se realiza en otros centros de salud; acompañamos el trabajo de parto, el parto y el puerperio fortaleciendo el vínculo del trinomio mamá, papá y bebé y brindándole la posibilidad a la madre de decidir desde la posición del parto hasta en qué momento está lista para que se lleven a su hijo (Anccom, 2016: s/p).

Respecto a la asistencia en el parto, las mujeres que van a parir allí, además de destacarse por la importancia de la presencia del padre y/o acompañante:

Pueden elegir la música que quieren escuchar durante el parto, la intensidad de la luz, qué comer y beber, en qué posición parir y cómo atravesar las contracciones. Las cuatro unidades de trabajo de parto, parto y recuperación (UTPR) cuentan con duchas, pelotas de esferodinamia, un banco de parto y una liana colgada de la puerta (Maniowicz: s/p)

La Maternidad funciona como un hospital de baja complejidad por lo que trabajan en conjunto con otros hospitales y unidades sanitarias del municipio, en los casos que se requiera una atención de mayor dificultad. Por ello, cuando "cuando la embarazada llega al período de gestación adecuado para ser derivada a la maternidad, pasa por una instancia denominada 'de tamizaje', para saber si está en condiciones de parir allí" (Anccom, 2017: s/p). Siguiendo estos lineamientos, solo se aceptan embarazos sin complicaciones y que cumplan ciertos requisitos: no tener patologías asociadas al embarazo, contar con un control prenatal suficiente (5 o más controles durante el embarazo); contar con un máximo de tres partos previos o una cesárea; el peso fetal debe ser adecuado para la edad gestacional y un trabajo de parto que se desarrolle entre la semana 37 y 41, entre otros.

Dentro de las instalaciones, cuenta con una residencia específica para las madres cuyos bebés estén en neonatología y así evitar que estén lejos de sus hijos. Por otro lado, cuando al bebé se le está por dar el alta, durante dos días, está en una habitación con sus padres, para que el cambio no sea tan abrupto. Además generan jornadas donde los recientes padres puedan relatar las experiencias:

se trata de un espacio donde las familias que tuvieron a sus bebés recientemente comparten cómo fue esa experiencia con otras mujeres y parejas que se encuentran en estado de gestación. El propósito, es que otras mujeres y parejas puedan informarse sobre cómo es parir en la Maternidad Estela de Carlotto (<https://www.facebook.com/maternidaddemoreno>).

Desde esta visión del parto humanizado, la institución brinda talleres de Preparación Integral para la Maternidad (PIM). En los encuentros se abordan temáticas relacionadas con: los cuidados de salud; alimentación saludable; información sobre los diferentes momentos del nacimiento; lactancia, puerperio y crianza; y trabajo corporal. A su vez, brindan información sobre: el vínculo temprano con el bebé, el regreso a casa, puerperio y crianza, anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos y ley de parto respetado y maternidad segura centrada en la familia.

Todos los talleres y cursos brindados por la Maternidad de Moreno Estela de Carlotto son gratuitos, abiertos a la comunidad y no es necesario inscribirse previamente.

Por otra parte, existen diferentes opciones de cursos de parto -brindadas en forma independiente o en el marco de determinadas organizaciones sociales- por parteras, obstetras, *doulas*², especialistas en lactancia y crianza, puericultoras, médicos neonatólogos, obstetras y

2 Las *doulas* son mujeres capacitadas para brindar apoyo no clínico en el embarazo, parto y puerperio (Amorim, 2012).

otros profesionales de la salud, entre otros, que no desarrollaremos en esta tesina pero que en el marco de la ley del Parto Humanizado van teniendo diferentes grados de reconocimiento social.

A continuación, analizaremos las entrevistas realizadas a mujeres embarazadas. Dicho análisis junto con el presente marco teórico, constituirán las bases para el esbozo de un Taller Integral para Embarazadas.

7. Análisis de las entrevistas

En esta instancia de la tesis, destacamos la importancia de abordar la interpretación de las entrevistas desde un análisis cultural, ya que el proceso del embarazo y el parto, además de ser procesos biológicos, son construcciones culturales enmarcados en tramas constituidas socialmente y estructuras de poder específicas a cada sociedad (Fornes y Merino, 2008). En todas las entrevistas hemos observado una suerte de ordenamiento “por etapas” respecto a los momentos del embarazo. Las entrevistadas, a medida que avanzaban en el embarazo, iban generando una determinada forma de vivirlo que encuadraba con el imaginario cultural: desde lo primero que hicieron al recibir la noticia del embarazo hasta el momento del parto e imaginar al bebé en sus brazos. Esta suerte de “esquematización” trimestre a trimestre es cultural y adquiere determinadas características según el momento social en que se desarrolle. Una de las entrevistadas, expresó esta idea claramente:

Es como que el embarazo tiene varias etapas, veía en las carpetitas de Internet que guardaba y al principio ponía “embarazo”, después ponía “bebés” pensando en el futuro y ahora ya hice la carpetita de “parto”, como que lo vas construyendo (Julieta).

A continuación y, en consonancia con este modo de ordenamiento las prácticas y representaciones expresadas en los discursos de las entrevistadas, nos proponemos realizar el análisis de las entrevistas en cuatro apartados: el primer trimestre, el segundo trimestre, el tercer trimestre y, por último, el parto.

Todo el análisis tomará como punto de partida la autopercepción que las embarazadas tuvieron en cada trimestre y en la cercanía al parto, sobre su propio cuerpo y sus emociones. Analizaremos cómo estas representaciones influyeron en sus decisiones en relación al vínculo con el médico así como también indagaremos en cómo la cuestión de género en torno a la maternidad atravesó las representaciones que sobre el embarazo y el parto tenían las entrevistadas.

A lo largo de todo el análisis, utilizaremos el término cuerpo-emociones cada vez que hagamos referencia a la representación que las embarazadas tienen sobre su cuerpo y sus emociones, así como la relación y el lugar que le dan a cada una de estas dimensiones constitutivas del sujeto. Ya que, desde un análisis, no es posible reflexionar sobre cuerpos/emociones en forma separada como si existiera la posibilidad de que no se remitiesen e interconectaran recíprocamente: las emociones se encarnan en los cuerpos de los sujetos (Scribano, 2012).

Primer Trimestre: Emociones que afloran en un cuerpo expectante

Todas las entrevistadas, apenas se enteraron que estaban embarazadas comenzaron un largo período de cambios físicos y emocionales. Frente a la noticia, que de por sí les generó un *shock* emocional, lo primero que hicieron, además de compartirlo con sus parejas o algún familiar cercano, fue buscar un médico obstetra para hacer una primera consulta y saber cuáles eran los pasos a seguir. Esta acción de ir en una primera instancia a la institución médica tiene una justificación cultural. Según la época y el contexto sociocultural en el que se nace, se articulan las representaciones y prácticas que le dan sentido a la manera de vivir el embarazo, el parto y los pasos a seguir en este proceso (Sadler, 2004):

El día que quedé embarazada me hice un evatest, llamé a Diego [su pareja] y después a mi hermana y le dije: “estoy embarazada, ¿qué hago?”. Se cagó de risa y me dijo: “andá al médico para que te haga una orden y andá a hacerte un análisis” (Carla).

Lo primero que hice, muy gracioso, fue ir a la guardia ginecológica del Hospital de Clínicas [risas], no sé por qué, estaba muy perdida. Entonces dije: “bueno, no sé, vamos a una guardia” (Ana Clara).

La embarazada, al ingresar al sistema médico, se encuentra con un sistema muy diferente al ámbito familiar y habitual al que está acostumbrada. El proceso del embarazo y el parto, al estar insertos en la actividad medicalizadora, produce que las embarazadas se conviertan en pacientes desde el momento en que deciden atender su embarazo y parto en la institución (Foucault, 1990).

En las entrevistas encontramos que durante el primer trimestre convivían dos situaciones. Por un lado, las embarazadas al convertirse en pacientes, pasaron a cumplir con las normativas y protocolos propios de cada institución siguiendo las indicaciones y estudios recetados por el médico. Por otro lado, encontramos que, a nivel emocional, ante los miedos que dijeron sentir por los posibles riesgos en el desarrollo de la gestación, los consejos del médico y la realización de estudios era lo que a las entrevistadas les daba mayor tranquilidad. A estas emociones, se le suma una condición física: durante el primer trimestre no sentían los movimientos del bebé (además de que la panza todavía no era visible), entonces las certezas sobre el curso del embarazo llegaban por el lado de la medicina:

En el primer trimestre lo que me pasaba tenía más que ver con esto de que no sentís al bebé, entonces, los miedos pasaban por ahí. Sentís que está todo bien cuando vas a la doctora, cuando te hacés la ecografía (...) Obvio que al ser el primer trimestre es más delicado, entonces uno se tiene que cuidar, como: “uy levanté peso, me mandé una cagada” “uy corrí” [risas] todas esas cosas te hacen sentir más vulnerable (Julieta).

Los primeros meses está todo muy relacionado a los estudios que te hacés y a ver qué pasa. Ahora decís “ya es más de la mitad, ahora sí” (Carla).

A mí lo que más me deja tranquila es cuando me hacen las ecografía y veo que están ahí los dos, latiendo, que están bien, que están creciendo. El resto todo se soluciona: con dieta se soluciona, con insulina se soluciona, listo (Lucila, embarazo de mellizos).

En el primer periodo del embarazo nos encontramos con que las embarazadas decidían confiar en los conocimientos médicos sobre los procesos fisiológicos del embarazo y en las decisiones y los pasos a seguir que éste les indicase. Esto se relacionó al hecho de que, pese a estar sana, en algunos casos, las embarazadas transitaron el comienzo de la gestación como si estuvieran enfermas. Está latente en esta situación que las prácticas y representaciones del embarazo, parto y puerperio están atravesadas por la lógica del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1994) que instaura en el imaginario colectivo el proceso del embarazo y parto como un enfermedad (Gerbotto, 2007). En esta primera instancia, todas las entrevistadas, más que confiar en lo que podían sentir o imaginar acerca de sí mismas durante el proceso de la gestación, dejaban en manos del criterio del médico los controles e intervenciones a seguir sobre su cuerpo. En los discursos de las entrevistadas pudimos dilucidar la lógica de este modelo médico dominante impregnando un sentido determinado en la manera de vivir este proceso:

Al principio me parecía que estaba enferma y no que estaba embarazada. Me costaba mucho, entonces decía: “no voy a caminar fuerte porque capaz que lo pierdo”. Cosas así... eso fue en el primer trimestre, después en el segundo ya me sentía más cómoda cuando empecé a sentir que me crecía la panza (Ana Clara).

En el caso de dos de las entrevistadas que esperaban mellizos o gemelos – considerado por los profesionales como un embarazo de riesgo- esta particularidad generó de por sí un modo de transitar y percibir el embarazo con mayor angustia y dependencia de los estudios médicos:

Estoy esperando que me digan que esté todo bien y nada más. Ahora estoy un poco más tranquila pero las primeras semanas eran terribles. Con el scanfetal, era: “ay por favor que esté todo bien, que los órganos estén bien”. Y ahora es que sigan creciendo y ninguna se quede en el camino. Es como que siempre hay algo (Patricia).

Siguiendo la lógica de que todo embarazo es un proceso cultural, las entrevistadas, luego de confirmar el embarazo con un profesional a través de los estudios médicos correspondientes, comentaron que la acción posterior fue la de elegir al obstetra.

Desde nuestro foco de análisis puesto en el cuerpo-emociones de las entrevistadas, hacemos una relación entre la representación que de sobre su propio cuerpo y sus emociones tenían las embarazadas y la razón que las llevó a elegir a su médico-obstetra. En las entrevistas pudimos identificar dos grupos de embarazadas: aquellas que eligieron al primer médico que consultaron y las que, por el contrario, después de conocer al primer médico, decidieron acudir a otros profesionales.

En el primer grupo, las mujeres se caracterizaron por tener una representación del cuerpo como aquello de lo que se tenía que ocupar su médico. Desde sus relatos, estas embarazadas

esperaban que el obstetra se limitase a brindarles información sobre el proceso fisiológico del embarazo y aquello que irían transitando en relación con su cuerpo:

Cuando buscaba un obstetra, buscaba que sea alguien tranqui, que no me dé mucha información que me pueda jugar en contra. Que me responda mis inquietudes pero que no que me dé una clase magistral de todo porque después yo puedo empezar a somatizar con cuestiones que no estaban y aparecen (Patricia).

Fue el único al que fui y me cayó bien y como no me gusta empezar a dar vueltas con las cosas me quedé con él (Agustina).

En el segundo grupo, las entrevistadas se caracterizaron por tener una representación del cuerpo como aquello que “les pertenecía”, manifestando un registro corporal de lo que iban sintiendo que iba más allá de lo que les dijera el médico. Fueron estas mismas embarazadas las que emprendieron un camino de búsqueda más larga respecto al obstetra que terminaron eligiendo, ya que esperaban que éste no sólo se ocupase del proceso fisiológico del embarazo, sino que además deseaban de su parte un trato “cálido” y “respetuoso”. La expectativa de este grupo de entrevistadas respecto del profesional era que les brindase información respecto del embarazo y el parto así como también que tuviera en cuenta sus deseos y elecciones:

Empecé con una y estaba todo bien, pero no me daba mucha información, o sea, me decía: “tenés que hacer esto y esto, tenés que seguir estos pasos” pero no había charla (...) consulté uno particular que es de Lobos y atiende acá, le pagamos la consulta dos veces, nos atendió muy, muy bien. Era Javier, un hombre y él me dio mucha información (Ana Clara).

Una sola mujer obstetra fui a ver y me pareció una salvaje. No paraba de hablar, nunca te escuchaba y en un momento me dijo: “parir no es para cualquier mujer, porque no todas las mujeres están preparadas para pasar por esa experiencia, porque dicen que no quieren la peridural y al final terminan gritando como locas”. Y yo pensaba, pero vos sos obstetra y estás trabajando con mujeres que están pariendo y si las mujeres quieren gritar cuando están pariendo, a vos no te puede molestar, sino dedicáte a otra cosa (Carla).

Así como hemos analizado las representaciones que sobre este tramo del embarazo tenían las entrevistadas, la perspectiva de género atravesó el discurso de las propias embarazadas respecto a cómo percibían el embarazo y la maternidad. Hemos abordado teóricamente que el género no es resultado de una elección sino que es una forma de organizar las normas culturales y a través de éstas se genera un modo de vivir el propio cuerpo en el mundo (Butler, 1990). En la atención médica durante el embarazo, la madre y el padre quedan enmarcados en los roles tradicionales de género. En el caso de la mujer, al ingresar al hospital como paciente se está convirtiendo en madre y esto trae consigo características de la representación hegemónica de la maternidad (Sadler, 2004). En este sentido, desde el ideal

materno tradicional el convertirse madre se entiende como un momento de plenitud y completitud de la mujer como tal (Giberti, 1996). Sin embargo, en los relatos analizados, debido a los malestares físicos, los reposos obligados y al vaivén emocional -entre la felicidad por la noticia y el miedo común de perder el bebé-, el “ser madre” como sinónimo de “plenitud” se alejaba de la realidad que vivían las embarazadas:

Al principio lo sentí más como una depresión porque tenía que estar en la cama, era todo bastante caótico. Sentía que tenía que estar nueve meses ahí sin moverme y yo decía, ¿esto es un embarazo? Al principio fue así (Ana Clara).

Hay mamás que me dicen: “el embarazo disfrútalo porque es el mejor momento”. Y yo las miro y les digo: “sí yo disfruto, sí, estoy feliz, pero no es un estado de plenitud, sólo pienso en hacerme la ecografía y que esté todo bien”. Una amiga me dice: “¿te emocionaste?”. ¿Emocionarme? No sé lo que es eso, yo estoy dura cada vez que me voy a hacer una ecografía [risas]. A veces me siento un bicho raro porque veo a otras mujeres re-plenas (Patricia).

Dar nacimiento a otro ser humano tiene un carácter transformador de la identidad y de la propia experiencia de las embarazadas. Una situación recurrente en las entrevistadas se relacionaba con cómo vivían “el antes y el después” de enterarse que iban a ser madres. Apareció entre los relatos una sensación de cierta nostalgia ante la finalización de una etapa “linda e independiente de su vida” que con la noticia del embarazo “se vencía con mucho cariño”. A esto se le sumaba el tener que cambiar ciertos hábitos de su vida:

Al principio me conflictuaba porque siempre fui muy rebelde con esas cuestiones de estar haciéndome estudios. Me acuerdo que me re-costaba, me hacía los estudios muy sobre la hora y no los tenía listos. Me estresaba mucho llamar y pedir turno. Ahora ya estoy medio como que me los saco de encima, porque, digo, bueno, lo hago por el niño, porque la verdad a mí me da fiaca (Julieta).

Fumaba cigarrillo y marihuana constantemente como un hábito diario te diría. Deje todo o sea, alcohol también. Entonces como que todos esos primeros cambios hicieron que los primeros días fueran de mucha abstinencia (Johanna).

Es importante aclarar que las representaciones hegemónicas sobre el embarazo, el parto y la maternidad no determinan de manera absoluta a las embarazadas, es decir, no es una mera reproducción, sino que lo que se da es una resignificación mediada por la experiencia personal de cada mujer en un ámbito cultural y social determinado.

Anotaciones Finales

Todas las mujeres entrevistadas apenas se enteraron que estaban embarazadas, acudieron al médico, entrando así al mundo de la institución médica y, por ende, convirtiéndose en pacientes. Los miedos que atravesaron durante este período (la posibilidad de pérdida del embarazo o malformaciones en el bebé y el recuerdo de experiencias traumáticas anteriores, entre las nombradas) fueron apaciguados a partir de los estudios y análisis que el profesional ordenaba que se hicieran.

En el primer trimestre, la expectativa de que el embarazo se desarrollase saludablemente, sumado a que la panza todavía no era tan visible y que la noticia todavía muchas no la habían hecho pública, fue acompañado, en algunos casos, por malestar físico, cansancio, reposo y cambio de hábitos. Esa fue una característica común en todas las entrevistadas. Durante esta etapa, el cuerpo pareció estar más expectante y a nivel emocional atravesado por un caudal de cambios y miedos que las entrevistadas manifestaron sentir. Podemos concluir que, en este primer trimestre, cuerpo-emociones estaban en relación con una suerte de expectativa contenida.

Sin embargo, desde nuestro análisis afirmamos que la relación que las entrevistadas entablaron con los profesionales elegidos varió según la autopercepción que las embarazadas manifestaron tener sobre su cuerpo-emociones. En este primer apartado, empezamos a identificar dos grupos de embarazadas.

El primer grupo lo conformaron las embarazadas que se caracterizaron por tener una representación del cuerpo como aquello de lo que se tenía que ocupar exclusivamente su médico: estas mujeres optaron por quedarse con el primer médico que conocieron por recomendación de su círculo íntimo. El otro grupo de entrevistadas, se caracterizó por tener una representación sobre su propio cuerpo como “aquello que les pertenecía” y sobre el cual querían tomar determinadas decisiones más allá de lo que les dijera el profesional. Estas mujeres buscaban en el obstetra alguien que además de su cuerpo se ocupase de su persona, las acompañase, las contuviera y las respetara. Apareció en este grupo un mayor grado de cuestionamiento respecto a los protocolos médicos y al trato que pretendían recibir del obstetra que asistiese su embarazo y parto. Es por ello que, más allá de que el primer médico que conocieron fue recomendado por su círculo íntimo, el proceso de búsqueda fue más largo e intenso.

Por último afirmamos que todas las entrevistadas manifestaron transitar una vivencia diferente al estereotipo tradicional del “ser madre”. En lugar de sentir “plenitud”, el primer trimestre lo transitaron en mayor medida como una condición de enfermedad y de expectativas respecto a lo que podía suceder con el curso del embarazo. En algunos casos, sintiendo incluso un vacío o nostalgia por el tipo de vida que hasta el momento del embarazo tenían.

Segundo Trimestre: Emociones y cuerpo en sintonía

En esta instancia nos proponemos analizar cómo las embarazadas atravesaron el segundo trimestre del embarazo desde la autopercepción que tenían sobre su cuerpo-emociones, y en base a ésta, la relación que entablaron con el médico. Por otra parte, abordaremos desde la

perspectiva de género cómo los roles tradicionales asignados a la mujer ejercen una influencia en la propia representación que sobre el embarazo y la maternidad tenían las entrevistadas.

Antes de comenzar el segundo apartado retomamos la idea de la esquematización cultural sobre el embarazo a la que hemos hecho referencia en la primera parte del análisis. Hemos dicho que la cultura va moldeando la experiencia del embarazo y el parto articulando las representaciones y prácticas con un determinado orden. Recordamos entonces que este ordenamiento es cultural, no es algo dado naturalmente sino que varía según el contexto socio-histórico en que se manifiesta (García Jordá, 2010).

Siguiendo esta perspectiva de análisis, durante el primer trimestre, las embarazadas optaron por “guardar la noticia” del embarazo entre los vínculos más cercanos hasta pasar la semana 12 aproximadamente. En el segundo trimestre, hicieron pública la novedad con sus círculos afectivos, sociales y laborales. En este trimestre, y con el aval del médico, todas comenzaron a realizar alguna actividad física. La mayoría hizo Yoga.

El este trimestre del embarazo se manifestó en todas entrevistadas como el momento en que mejor se sintieron tanto desde el punto de vista emocional como desde el físico:

El segundo trimestre tiene la parte hermosa de que ya sentís los movimientos y es un flash (Julieta).

Emocionalmente me sentí más fuerte con más energía, con mucha más energía, en el sentido de querer hacer cosas (Ana Clara).

Nos interesa aquí analizar cómo este “buen momento” a nivel emocional y corporal, influyó en el vínculo que tenían con el médico y con el rol que cada una de las embarazadas asumió en esta relación. Esta relación es necesaria ubicarla en el contexto de una atención del embarazo dentro del modelo biomédico, cuyos intereses y discursos otorgan al cuerpo y al paciente un determinado lugar y sentido. Siguiendo a David Le Breton (2002), el modelo sanitario se ocupa de tratar al cuerpo como una máquina. Desde esta perspectiva, se desvincula a cada sujeto de su historia, sus costumbres, su medio social y de las emociones como el miedo, el dolor, la angustia y la sensibilidad que las personas pueden sentir.

De las mujeres entrevistadas volvimos a identificar en este trimestre, dos grupos con diferentes características en relación a la percepción que tenían de su cuerpo-emociones. Por un lado, estaban aquellas que percibían su cuerpo en sintonía con la lógica del modelo sanitario que describe Le Breton, es decir, tenían una representación del cuerpo como aquello que debe ser desvinculado de las emociones. A diferencia de un segundo grupo de entrevistadas, que percibían su cuerpo y sus emociones como un todo integrado en constante reciprocidad.

El primer grupo de embarazadas expresó que la atención que pretendían recibir del médico versara sobre los pasos y consejos a seguir en relación con el cuerpo, desde un aspecto principalmente fisiológico. Lo que buscaban del profesional era recibir información acerca de qué indicaciones debían seguir respecto de los controles, estudios, pautas alimentarias y actividad física, entre otros. Expresaron confiar en lo que el obstetra le decía y eso era lo que les generaba tranquilidad:

Le pregunté a mi médico si podía tomar alguna gaseosa light (...) y, por ejemplo, qué cosas no podía comer y me dijo no al jamón crudo (Patricia).

Le pregunté cómo me recomendaba que durmiera. Había leído que era recomendable dormir del lado izquierdo y Pepe [el médico] me iba comentando que era conveniente dormir del lado izquierdo porque del derecho estaba la vena cava. Como trabajo en una escuela, y subo y bajo escaleras todo el día, le pregunté hasta qué punto podía estar subiendo y bajando (Agustina).

Si noto algo que realmente me preocupe me voy a acercar al médico y le voy a decir: "me está pasando esto". Yo sé que tengo como una procesadora dentro que la convierto en negativa entonces la información que me llega por otro lado trato de evitarla (Johanna).

Estas embarazadas no manifestaron esperar de la relación con el obstetra un espacio para expresar lo que iban sintiendo emocionalmente al transitar el embarazo. Esta tipo de contención emocional dijeron buscarla en otros ámbitos como terapia psicológica, círculos de amigas y en la relación con su pareja. Al comparar el rol del médico respecto al, no hemos notado cambios significativos en lo que buscaban en el profesional, sino que continuaban esperando una atención exclusivamente biológica o fisiológica respecto a su cuerpo.

El segundo grupo de entrevistadas, que manifestó experimentar una mayor integración entre su cuerpo y sus emociones, adoptó una postura más cuestionadora y crítica en relación a lo que esperaban del médico en este trimestre. En este nuevo periodo del embarazo, la relación con el médico ya no era la misma que en la primera etapa de gestación. Mientras que en el primer trimestre la tranquilidad pasaba por la palabra y el control del médico, en el segundo la palabra del médico fue cuestionada, o al menos, manifestaron una postura más crítica frente a determinada postura médica.

A lo largo de este segundo tramo del embarazo, lo que buscaban en el vínculo con el médico excedía la atención puramente fisiológica que podían recibir del profesional. Este grupo de embarazadas, caracterizado por percibir su cuerpo-emociones en constante interacción, comenzó a cuestionar los procedimientos médicos así como el lugar que ocupaba el profesional en la relación que mantenían.

Las embarazadas de este grupo apuntaban a recibir del profesional cierta contención emocional, mayor personalización y calidez en el vínculo y un diálogo más fluido, para quedarse tranquilas que durante el embarazo y el parto serían respetadas en sus decisiones. Estas entrevistadas manifestaron querer entablar con el médico un tipo de relación donde pudiesen informarse de las posibles intervenciones en el futuro parto, haciendo hincapié en que una de sus mayores preocupaciones era el miedo al mal trato:

Como uno se va acostumbrando al mal trato, porque todos tienen maltrato, en mayor o menor nivel, pero, sinceramente, no conocí ninguno que haya sido totalmente respetuoso, o que no se haya parado en el lugar de "yo ya sé esto, esto es lo que yo

hago, acá vienen y salen así” (Carla).

Yo me atiendo en el Naval, tendría que hablar con el obstetra que me va a atender hasta el parto para ver cómo me van a tratar. Es lo que más miedo me da (Ana Clara).

Este modo de sentir el cuerpo-emociones generó en ellas un grado de cuestionamiento al lugar que asumían ellas en la relación con el profesional. Estas mujeres pusieron en duda cuestiones en las que, desde el discurso médico, se consideraban normales, riesgosas o deseables en el embarazo. Así, expresaron cierto distanciamiento en ubicar la palabra del profesional como la fuente de conocimiento-poder en el que este es el que sabe y el sujeto es el que acata, adquiriendo de algún modo la posición de enfermo-objeto (Le Breton, 1995):

Me da algo de rechazo la figura del médico sabelotodo, no me gusta, no sé cómo explicarlo, como decir: “ah sí es un genio”. Está buenísimo una transferencia pero siento que ahí es distinto, es más una percepción interna (Julieta).

El ecografista me dijo: “bueno, con el mioma lo único que puede pasar es que vayas a una cesárea” y vos decís, ¿con qué autoridad? (Carla).

Estas entrevistadas expresaron que, si bien los estudios de rutina eran necesarios y elegían hacérselos para evitar riesgos, tanto en lo que se refería a los controles como a la relación con el médico buscaban un punto intermedio. Lo que expresaron fue que la palabra médica o los resultados de los exámenes no fuesen la única razón para conectar con su cuerpo y su embarazo. Para ellas en la vivencia de la gestación era primordial lo que sentían en su cuerpo y en sus emociones:

Quise empezar a trabajar en que yo tenga un vínculo con el bebé y el médico no sea el mediador de ese vínculo, ¿me entendés? Esto de: “voy ahí y me hago la ecografía”. Está buenísimo, pero también un poco traté esta vez de generar un vínculo y un bienestar más allá del “okay” permanente del profesional (Julieta).

Fueron las embarazadas de este grupo las que hicieron varias consultas antes de decidirse por el obstetra que las atendería ya que dudaban de la información provista por algunos de los profesionales consultados anteriormente. Incluso, en esos casos, expresaron que tuvieron que insistir para que les respondiesen preguntas más concretas sobre las intervenciones, procedimientos y protocolos médicos en el momento del parto. Aquí volvió a aparecer, al igual que en el primer trimestre, la situación recurrente en la atención biomédica basada en la asimetría del saber entre médico-paciente. La atención médica basada en un tipo de relación en el que el médico es “la fuente de conocimiento” y la embarazada cumple con las indicaciones que se le dan, genera lo que Sadler (2004) denomina *infantilización* del modelo biomédico. Este concepto se basa en subestimar, mentir u ocultar información a la embarazada así como una desestimación de las opiniones, conocimientos o decisiones que ésta tome sobre su futuro parto:

Me pasó al principio con las primeras obstetras que consulté, que no podía preguntar porque ellas me miraban como “ah sos mujer, lo tenés que saber nena”. Entonces yo le decía a mi compañero, no me siento acompañada. Si sos mujer, tenés que darte cuenta que soy primeriza, que te estoy haciendo estas preguntas porque no lo sé. Yo qué sé, por ejemplo, le preguntaba, “¿los vómitos me van a durar los nueve meses?” y ella me decía, “y no, los tres primeros meses, tampoco seas exagerada” (Ana Clara).

Hemos mencionado que la cuestión de género atraviesa la experiencia del embarazo y la maternidad dando cuenta de las categorizaciones culturales en las que se enmarcan lo masculino y lo femenino otorgándole a cada uno determinadas características. Desde esta perspectiva, las cualidades como la fuerza, la protección y autoridad se relacionan culturalmente con lo masculino y la sensibilidad, la debilidad y la obediencia quedan asociadas a lo femenino (Butler, 2001). Esta visión dicotómica estructura la organización concreta y simbólica de la vida de mujeres y varones, así como influye en la constitución de la identidad y en los modos de actuar, sentir, vivir la sexualidad, el embarazo, el parto y la maternidad (Schwarz, 2015).

En relación a las entrevistas, podemos afirmar que encontramos que el primer grupo de embarazadas mencionado poseía marcas de esta obediencia y de las pautas morales que debían seguir para ser “buena madre” (Lorenzo, 2013). En este sentido, ser *buena madre* es ser también una paciente obediente que acata sin cuestionar las indicaciones del médico.

Porque a mí el médico me dice “no tengas más hijos” y yo, Patricia obediente, no tengo más o me daría miedo volver a tener hijos (Patricia).

Por el contrario, el segundo grupo de embarazadas, manifestó un cuestionamiento ante las representaciones hegemónicas sobre el embarazo, el parto y la maternidad, así como del rol que le asignaron al médico y a la medicalización en el segundo trimestre del embarazo. Aquí hemos encontrado una resignificación de la experiencia del embarazo mediada por la experiencia personal de cada una de estas mujeres. Esta vivencia del embarazo incluyó la posibilidad de decidir sobre su propios cuerpos, los cuales estaban, para estas entrevistadas, intrínsecamente relacionados con las emociones que atravesaban durante el embarazo:

Me ha pasado con varios de los obstetras que fui a ver que me dijeran: “mirá, acá el protocolo es así, vos entrás y te ponemos la peridural”. “No, ¿cómo peridural? eso es optativo” -les decía- y que directamente me digan: “no es optativo porque las mujeres no están preparadas para ese nivel de dolor”. Y yo pensaba, vos qué sabés del dolor, que sabés si estoy preparada, qué sabés de los dolores que he pasado o no en mi vida. No sabés nada ni me preguntas nada, simplemente decís: “las mujeres, la bolsa de mujeres” - que entra en ese paquete- no están preparadas para sufrir” (Carla).

Y al otro día fui y me quisieron hacer tacto otra vez y ahí dije que no, entonces me dijo: “bueno, no te lo hago” (...) porque yo sabía que no le dije: “no, no, otra vez no me toques, me tocaron ayer, otra vez no” (Ana Clara).

En este grupo de embarazadas, a través del proceso del embarazo, se pone en cuestionamiento el concepto de *conocimiento autoritario* (Jordan, 1993). Este concepto define el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad mediante un proceso social que refleja las relaciones del poder al interior de una comunidad. En este caso, analizamos cómo este grupo de embarazadas pusieron en duda el saber biomédico que se apropia del cuerpo de la embarazada a través de intervenciones y de un discurso que legitima sus prácticas y controles ejercidas la mujer.

Anotaciones finales

Todas las embarazadas manifestaron sentirse bien durante el segundo trimestre de la gestación tanto desde lo físico como desde lo emocional. Este bienestar influyó, por un lado, en la percepción que de su cuerpo y emociones tenían y, por otro, en la relación que entablaron con el profesional. En este sentido encontramos dos grupos claramente definidos en las entrevistas.

El primer grupo de embarazadas hemos dicho se caracterizaba por tener una visión de su cuerpo-emociones en consonancia con la del modelo biomédico, es decir, desvinculando al cuerpo de su historia y emociones. Durante este período estas entrevistadas confiaron en el médico sin cuestionar su saber y esperaban que el profesional les dijera qué era lo que tenían que hacer en relación al proceso fisiológico del embarazo: qué podían comer y qué no, cómo deberían dormir, qué actividades podían realizar, etc. Este primer grupo de mujeres afirmó que la contención emocional la buscaban en otros ámbitos como en terapia psicoanalítica, grupos de amigas y familiares.

El segundo grupo de embarazadas - que se caracterizaba por tener una visión de su cuerpo-emociones en una interrelación continua entre ambas dimensiones, fueron las que manifestaron la necesidad de conectar con su embarazo y con el bebé más allá de lo que el profesional les dijera. Éstas fueron las mismas que cuestionaron el rol del médico como aquel que posee el conocimiento absoluto. Fue este mismo grupo quien dijo que, además de buscar contención en sus círculos íntimos, esperaba del médico un acompañamiento personalizado y contenedor desde el punto de vista emocional. Apareció aquí cierta resistencia, respecto a las relaciones de poder en el que médico es quien toma las decisiones sobre el embarazo y la mujer es la que acata. Sostenemos que el sentido que estas mujeres le daban a su propio cuerpo y emociones las llevó a ubicarse en un lugar de mayor confianza personal sobre su propio saber y sentir durante todo el proceso del embarazo.

Desde la perspectiva de género, concluimos que en el primer grupo de embarazadas volvemos a encontrar ciertos rasgos de la obediencia asociada al estereotipo tradicional del ideal materno y femenino que se corresponden con el ser “buena madre” y paciente. A diferencia del segundo grupo cuyo postura, en condición de embarazada-paciente, resultó ser más cuestionadora.

Tercer Trimestre: Puro cuerpo ensimismado

Analizaremos a continuación las representaciones que las embarazadas tienen sobre su cuerpo y sus emociones en el tercer trimestre del embarazo. Abordaremos la influencia que esta autopercepción tenía en relación con la emoción del miedo al dolor en el parto; el vínculo con el médico, la experiencia del curso de parto y el tiempo de licencia por maternidad. De modo transversal al análisis, desde una perspectiva de género, buscaremos recuperar ciertas representaciones y prácticas culturales, sociales y médicas relacionadas con la mujer y la forma en que éstas influyen en el modo de transitar la etapa final del embarazo.

El embarazo y el parto debe ser comprendido como un proceso cultural, es decir, a partir del hecho biológico de parir, existen pluralidad de formas de significar la experiencia del embarazo y el parto según las diferentes culturas (García Jordá, 2010). En relación con el tercer trimestre del embarazo, destacamos dos hechos culturales significativos vivenciados por las mujeres entrevistadas. Por un lado, todas las embarazadas expresaron tener miedo al dolor en el parto, ésta fue una de las emociones que predominaron. El tercer trimestre, dentro del ordenamiento y esquematización de prácticas sociales y culturales que las embarazadas realizaron trimestre a trimestre durante el embarazo, adquirió sus propias características. Aparecieron en esta etapa del embarazo la experiencia del curso de parto que brindaba la institución o el médico-obstetra (que analizaremos en la segunda parte de este apartado) y el conjunto de quehaceres y comportamientos relacionados a la preparación del parto y del hogar para la incipiente maternidad:

Como que antes, por ahí, cuando me preguntabas cómo me imaginaba el parto, no me podía poner a pensar si me lo imaginaba. El parto era como que lo iba a pensar más adelante [risas] (Julieta).

Antes de comenzar el análisis sobre el miedo al dolor, describiremos algunas características generales a todas las embarazadas en relación al el cuerpo y las emociones. Después veremos cómo influyó esta autopercepción en relación a las decisiones que tomaron y a la relación con el médico.

En el tercer trimestre, según las entrevistadas, todas experimentaron miedo al dolor en el parto así como también expresaron que fue el momento de mayor conexión con el bebé por los continuos movimientos de la panza. En relación con el cuerpo, expresaron que fue el período de mayor limitación y pesadez, como el estado de mayor “corporalidad” en comparación con las otras etapas.

A través de los discursos, las embarazadas sostuvieron que, en esta etapa final, hubieron determinadas actividades y movimientos que ya no podían hacer, sumado a que empezaron a sentir mayor lentitud, cansancio, dificultad para dormir e incomodidades físicas por el crecimiento de la panza. Surgió un denominador común en relación al estado de la memoria y a la información que eran capaces de “retener”. En las últimas semanas, todas las embarazadas expresaron sensaciones como “estar en otro planeta”, “no acordarse de nada”, como si ya no hubiese lugar

para el pensamiento racional o lógico ni para poder asimilar la información que provenía de afuera. Esta descripción generalizadora es relevante porque repercutió de diferentes maneras en las embarazadas dependiendo de la relación y autopercepción sobre que su cuerpo y emociones tenían.

Comencemos por analizar ahora el miedo al dolor en el parto. La cultura occidental relaciona el parto con un hecho doloroso. Así como la forma de parir es cultural, el miedo al dolor también lo es. Podría decirse que “somos la única especie de mamíferos que tiene la habilidad de hacer temer a sus hembras sobre su capacidad de parir” (May Gaskin, 2007). En los discursos de las entrevistadas, todas manifestaron miedo respecto a si podrían soportar o no el dolor en el momento de dar a luz. El miedo al dolor es, entonces, una manifestación individual y a la vez cultural:

Desde lo emocional estoy bien, qué se yo, como que al principio era: “qué bueno todo”. Dimos la noticia, todos contentísimos y ahora a mí me agarra, como decir, todo muy lindo pero bueno, voy a parir. O sea, vamos a mentalizarnos de que quizás van a haber cosas que no estén tan buenas, que van a venir a verme y el chico va a estar ahí pero bueno, yo voy a poner el cuerpo [risas]. O sea, me agarra así como decir, está bueno pero también prepárate un poco (Agustina).

Y sí, me da miedo sufrir el dolor, eso me da mucho miedo, por eso también le escapo un poco a pensarlo (Johanna).

El miedo al dolor no es un absoluto biológico o una experiencia puramente sensorial sino que, como toda emoción, está condicionado por las normas sociales y culturales. Es decir, la actitud frente al mismo no es meramente fisiológica sino que está mediatizada por la cultura, las particularidades personales de cada sujeto y la atribución que se le da al mismo (Bericat, 2000). En las entrevistas, identificamos nuevamente dos grupos de embarazadas cuya autopercepción del cuerpo-emociones influye de diferentes maneras en la representación que tienen del miedo al dolor. Identificamos un primer grupo de embarazadas que, al referirse al dolor, expresaron intentar evitarlo. Estas entrevistadas manifestaron no estar dispuestas a transitar la intensidad del dolor en el parto y sostuvieron que preferían la aplicación de la anestesia peridural para aliviar esa sensación, o incluso que preferían la cesárea para no atravesar el dolor del parto:

La peridural me da un miedo terrible de que me duela pero, bueno, está bien si es para aliviar otro dolor que seguramente sea más intenso (Johanna).

Siempre dije que quería una cesárea porque esto de andar sufriendo veinte horas antes, déjense de hinchar. No sé si yo seré media rara pero prefiero que me duela después y no en ese momento (...) Lo mismo con la cesárea, sé que es un corte y después te duelen los puntos, eso ya lo tengo asumido y no sé cómo va a ser la cicatrización, porque hay mujeres que están mejor enseguida y hay otras que no, que les tira mucho. Pero así y todo la prefiero (Patricia).

En este primer grupo, identificamos cómo la autopercepción del cuerpo-emociones influyó en la forma de sentir, pensar y resolver el miedo al dolor. Encontramos en estas embarazadas una mayor disociación en la representación que tienen de su cuerpo-emociones. Para estas mujeres, la emoción del miedo a parir encontró la solución en la medicalización. Expresaron preferir prácticas médicas como la anestesia o la cesárea que se aplican desde la institución médica para la prevención del dolor y de los síntomas (Zucconi y Martínez, 2014). La concepción del cuerpo que encontramos en este grupo de mujeres se aproxima al sentido del cuerpo otorgado por el discurso médico. El cuerpo de la mujer durante el embarazo y el parto es objeto de intervenciones médicas y es concebido como una máquina. Esta es una forma de control social que atrapa al cuerpo de la embarazada en un sistema de sujeción donde su comportamiento pudiese ser calculado, controlado, disciplinado y pensado técnicamente por quienes detentan el poder (Foucault, 1977; 1990).

Otra generalización en el discurso de las entrevistadas de este grupo es que, durante el tercer trimestre, dejaron de hacer Yoga. Algunas no expresaron por qué dejaron, otras dijeron “no poder moverse” o sentir “más dolores” cuando movían el cuerpo:

Pienso que estaría bueno acompañar el embarazo con algo, no sé, con terapia o con alguna actividad. A mí me dolió mucho tener que dejar de hacer Yoga, porque era mi momento. No era el Yoga algo que habitualmente yo hubiese hecho, pero me gustaba ir, pero me dolía tanto la cintura cuando me iba de la clase que me duraba una semana recuperarme (Johanna).

Por otra parte, encontramos un segundo grupo de entrevistadas cuya percepción del dolor se diferencia respecto del primero. Este grupo expresó que, si bien no sabían si podrían soportar el dolor, la actitud de “atravesar el dolor” era una posibilidad, ya que les permitiría vivenciar sensaciones corporales únicas de intensidad y confianza en sí mismas. Mostraron una preferencia por evitar recibir anestesia o intervenciones que consideraban innecesarias. En sus discursos, relacionaron el dolor en el parto con lo “instintivo y animal” de la mujer y con un cuerpo “que está preparado para parir naturalmente”. En este sentido, el dolor en el parto fue considerado por ellas “como parte de un proceso natural del cuerpo que está por parir” y como una posibilidad para reconocer otras facetas de su ser mujer. Para ellas, de algún modo, “el dolor tiene que pasar por el cuerpo” y, transitarlo, las llevaría a una sensación de “plenitud” y “realización”. Superar el miedo al dolor tomó aquí un sentido fundacional, como la culminación del rito de pasaje o “el gran momento de transición” que daba lugar a convertirse en madres y a conectarse con su hijo, asociándolo incluso con el placer:

No quiero que me gane la ansiedad de pensar que me lo tengo que sacar de encima. Quiero entender a las contracciones como amigas y no como algo que te hace doler y nada más. Entender que todo tiene un sentido. Entender también que nacimos preparadas para poder parir y conectar con esa cosa, digamos casi ancestral que llevamos. Tener confianza en los procesos de la vida (Julieta).

No sé, pienso que mi cuerpo se banca lo que genera, que el dolor es relativo, no sé si

será por el entrenamiento que hago. También hay una cuestión que uno dice "el dolor", pero entreno y me duele y también es un dolor que es placentero y tampoco te morís del dolor. El dolor pasa. Y también pienso ¿en serio de verdad es importante el dolor con todo lo que viene después? (Carla).

Identificamos en este grupo de mujeres una autopercepción del cuerpo-emociones basado en una mayor integración entre ambos. Apareció entre las entrevistadas como un *continuum* entre lo que les sucedía a nivel corporal y emocional. Según algunas de ellas, la forma de percibir su cuerpo era a través de su propio registro corporal y emocional de lo que iban sintiendo. Entre los relatos apareció como una instancia de mayor escucha a lo que sentían corporal y emocionalmente:

Para mí igual es muy interesante todo lo que pasa, es como un proceso de aprendizaje, como un master [risas] está buenísimo porque siento que pone en evidencia cosas que, quizás no estando embarazada, también te pasan, pero no registrás. Es algo tan corporal también, como que ya cuando la cosa se te presentan en el cuerpo, es como que no hay mucha vuelta...entonces, digo, todas estas emociones que van y vienen, yo las vivo como un aprendizaje que está buenísimo. De aceptación de los procesos (Julieta).

Este segundo grupo de embarazadas se caracterizó también por tener un registro más profundo y comprometido con su cuerpo y sus emociones. Esta instancia de análisis nos lleva a retomar un concepto que proviene del campo del psicoanálisis que es el "ensimismamiento" como resultado de la combinación que puede generarse entre un cuerpo próximo a parir, emocionalmente sensible y, a la vez, con obligaciones y deberes que provienen del afuera. Este comportamiento puede darse en el embarazo cuando en la mujer se producen procesos internos de tal intensidad que la desbordan y le saca energía para llevar a cabo acciones dirigidas al exterior (Bettelheim, 1984). El ensimismamiento es un mecanismo de defensa interno que lleva a algunas mujeres a la necesidad y deseo de: estar más tranquilas; replegarse sobre sí mismas; refugiarse en el hogar; estar con menos gente; permitirse descansar y conectar con su embarazo; asumir los cambios que se vienen, casi como un acto instintivo y de defensa. En sus discursos hablaron de "bajar un cambio" y frenar la "vorágine de hacer cosas". Son las mujeres del segundo grupo las que hicieron referencia a la necesidad de permanecer más tiempo en su casa, descansar, disminuir sus actividades y achicar el círculo de relaciones sociales y el "contacto con el exterior" para estar más tranquilas:

Hoy mismo tengo muchos momentos de ensimismamiento digamos. Es un poco esto de mirarme el ombligo, estar leyendo o pensando o que mi pareja me hable y yo estar así como en otro estado, hacia dentro. Muy tribu también, porque en este tiempo me vi mucho más con la familia, con mis hermanos, por ejemplo, que con otros amigos. Quizás suena mal, pero a los conocidos no sé si quiero verlos. Me pasa eso, es una energía que prefiero destinar a otra cosa: que venga la familia, mi mamá. (...) Para este lapso que queda quiero esto, más descanso y contacto con el mundo interior (Julieta).

Yo soy muy del contacto físico pero ahora se me acercan todas las viejas a saludarme y tocarme y no puedo. El otro día tuve una comida por el trabajo y me quedé sentada en la sillita en un rincón todo el tiempo, protegiendo la panza (Lucila).

Si bien a nivel discursivo todas las embarazadas nombraron la importancia de acompañar el proceso del embarazo con otras actividades o disciplinas a nivel físico, psicológico y/o emocional, sólo las pertenecientes a este grupo continuaron activas físicamente hasta el final del embarazo. Incluso, este grupo de embarazadas realizaba actividades de índole corporal, espiritual o artístico desde antes del embarazo (canto, acrobacias, biodanza, participación en constelaciones familiares y círculos de mujeres, entre algunas de las disciplinas nombradas). Para ellas, la práctica de Yoga durante el embarazo era más que una posibilidad de mover el cuerpo, les permitía encontrarse o compartir con otras mujeres que estaban transitando la misma situación:

En las clases de Yoga aunque no te conozcas mucho es como un momento que está re bueno porque podes compartir un proceso de mucha transformación permanente (Julieta).

En mi grupo de amigos quiero hablar del embarazo y ellos no, así que venir, por ejemplo, a Yoga y encontrarme con otras mamás fue algo que me ayudó bastante (Ana Clara).

Este grupo de embarazadas es el mismo que realizó una búsqueda más minuciosa para elegir al obstetra y que pretendía del vínculo con el médico cierta contención emocional y respeto. En este sentido, así como durante el segundo trimestre estas embarazadas manifestaron que en la búsqueda del profesional primaba el respeto a sus propias decisiones, llegado el tercer trimestre, vuelve a aparecer el miedo al maltrato que podrían recibir en la institución en el momento del parto:

Tengo miedo que las cosas no salgan como tienen que salir, que pase algo, que se complique, pero eso es la cabeza. Pero el miedo es más lo otro: que no me respeten, que me pasen por encima. Y en realidad no voy a estar en condiciones y tampoco quiero estar usando mi energía en defenderme de nada (Carla).

Se acerca el parto y trato de seguir informándome pero me da miedo no saber qué va a pasar en el hospital. Es el principal miedo porque no sé cómo me van a tratar. Ayer fui a la guardia y hablé con el obstetra y me dijo que ese día cuando yo llegue él no va a estar ahí (Ana Clara).

Estas entrevistadas manifestaron querer generar con su médico un vínculo de respeto y confianza en el que pudieran comunicar y expresar sus deseos y decisiones respecto del embarazo y el parto. Aquí encontramos una diferencia notable respecto al primer grupo de embarazadas que, tanto la búsqueda del profesional como la relación con el médico, fue menos cuestionada. Si bien discursivamente el primer grupo hizo mención al “respeto”, comentando

incluso algunas situaciones de violencia obstétrica que habían escuchado o a lo que sabían sobre “el parto respetado”, no lo manifestaron como un miedo personal. En cambio, en el segundo grupo de embarazadas, el miedo al maltrato y al ser intervenidas durante el parto sin su consentimiento siguió presente hasta el final del embarazo, incluso luego de elegir al obstetra que les había generado más confianza:

Eso es como el punto que me ha pasado con varios de los obstetras que fui a ver, que me dijeran "mirá, acá el protocolo es así, vos entrás, peridural". No, cómo peridural, es optativo, "no, no es optativo". Bueno, no. Y que directamente te digan "no es optativo porque las mujeres no están preparadas para ese nivel de dolor"(Carla)

Aquí reaparece la problemática que mencionábamos en el marco teórico en torno a las relaciones asimétricas de poder entre médico-paciente, en el que médico es el que “que sabe” - con la legitimación legal y social para intervenir sobre el cuerpo de la mujer-, quedando la mujer en una relación de asimetría (Menéndez, 1994; Schwarz, 2015). En el contexto de la atención biomédica, lo que pudimos observar es que cuando las embarazadas no estaban dispuestas a obedecer todas las indicaciones aparecía un conflicto. Esto fue lo que encontramos en este segundo grupo de embarazadas cuando manifestaron querer saber las razones por las cuales los profesionales tomaban las decisiones que tomaban.

Cursos de preparto: El condimento cultural para parir

Los cursos de preparto, al igual que el proceso del embarazo, deben ser entendidos como un hecho sociocultural. Es necesario comprender que éstos se enmarcan y están determinados por el sentido que los actores sociales involucrados le dan. En el modelo biomédico actual, el propósito de los cursos prenatales es ofrecer información sobre los aspectos anatómicos, fisiológicos y preparar física y psicológicamente a la mujer para un mejor desempeño durante el embarazo, parto y puerperio (Tabak, 2014).

Siguiendo los discursos de las entrevistadas, las embarazadas comentaron que el curso tenía entre tres y seis encuentros semanales aproximadamente, con algunas clases obligatorias y otras optativas. Si bien el curso era impartido por una partera del equipo de su obstetra, podía coincidir o no con la obstétrica que estaría en su parto. Otra característica de los cursos es que todos comenzaron aproximadamente un mes antes de la fecha probable de parto. El contenido de los encuentros incluía: la preparación del bolso; ejercicios físicos de respiración y pujo para el trabajo de parto; información sobre el desarrollo del trabajo de parto (específicamente sobre las contracciones y la dilatación y cuándo debían llamar a la partera o ir a la guardia); en qué situaciones se realizaban cesáreas u otras intervenciones; y uno o dos encuentros eran específicos sobre la lactancia, el posparto, las condiciones de alta médica y “la vuelta a la casa”.

Cuando les preguntamos a las entrevistadas si realizarían el curso todas, por diferentes razones, dudaron en hacerlo e incluso una de ellas tenía decidido no asistir al mismo. Sin

embargo finalmente, todas lo realizaron:

Lo que no quiero hacer es el curso de parto. Primero que lo cobran aparte y me pareció una fortuna de plata (...) es como un ambiente para ese prototipo de madre primeriza en el que yo no me veo encajada (Johanna).

Qué me van a decir, qué me van enseñar en el curso de parto: que me tengo que portar bien, que tengo que ser buena, que no tengo que gritar (Carla).

Según lo comentado por las mujeres para comenzar el curso tenían que comunicarse directamente con su partera, o, en otros casos, sería su obstetra -o la obstétrica con la que éste trabajaba- quien les avisaría por teléfono antes del inicio del mismo. Algunas comentaron que una parte de los encuentros eran arancelados, otras dijeron que debían pagar la totalidad y hasta la confirmación del inicio no sabían si debían abonar o si lo cubría su obra social o prepaga. Pese a tener que pagar o no, en su mayoría optaron por hacerlo igual:

Me dieron un número de una de las parteras para que la llame y arregle con ella los horarios, no sé si me lo cubre la obra social. No sé si va a estar en el parto ella ni si es la que me va a dar el curso (...) El médico me dijo: “en marzo te aviso, te agrego a un grupo de whatsapp con otras chicas y ya empezás”, pero todavía no me avisaron nada (Ana Clara).

La verdad es que de todo eso no entiendo nada de cómo se maneja el sistema. Yo, por lógica, pensaba, que si voy con mi obstetra, que es de la obra social y el lugar en el que me voy a atender es de la obra social y tengo todo cubierto. Por ende, la partera también. Pero se ve que no, que la partera por ahí no trabaja con mi obra social entonces le voy a tener que pagar, porque si es la mina que trabaja siempre con mi obstetra no voy a decirle: “con ella no porque no es de mi obra social”. En el momento lo pagás, no te importa (Agustina).

Todas las embarazadas coincidían acerca de la importancia de asistencia del padre del bebé en los encuentros. Cuando les preguntamos si sus parejas podían participar en los encuentros, la mayoría respondió que sí. Sin embargo, en algunas de las clases la primera parte era para mujeres solas y luego se podían incorporar las parejas o acompañantes. A excepción de la misma entrevistada que dijo que no haría el curso, el resto asistiría con sus parejas siempre que fuera posible. Todas coincidieron en que “no era lógico” que el padre no esté y que era “incómodo” que tuviesen que ir en diferentes horarios que ellas:

Hay algunos encuentros para los dos y algunos para mí sola, cosa rara porque, de repente, hay uno que es parto y cesárea y es solo para mí. Y yo pensaba, pará, porqué solo para mí. Sí, entiendo que soy yo sola la que pasa por eso, pero no estoy sola (Carla).

Ayer fue la primera clase y primero teníamos que ir nosotras solas una hora, que era para la relajación, la respiración del pujo y después se sumaban las parejas (...) Ahora el lunes es algo de lactancia, primero para madres solas, no sé por qué, y después con los padres algo también del momento del parto en sí, no sé qué onda (Agustina).

El curso de parto es a las cuatro de la tarde... una porquería... Yo les dije, yo quiero ir con mi marido (...) ¡pero a las cuatro de la tarde! El otro día se pidió el día. También lo entiendo viste, porque yo quiero que me acompañe a todos lados pero también entiendo que la realidad es esta. (Patricia).

Lo que nos interesa analizar aquí son las diferencias en los modos de vivenciar esta experiencia según los dos grupos de embarazadas identificados en el análisis de los trimestres anteriores, teniendo en cuenta las expectativas que sobre éste tenían y lo que efectivamente sintieron y experimentaron. La diferencia entre los grupos de embarazadas descriptos radicó principalmente en las razones por las que decidieron hacer el curso y en las expectativas que tenían sobre el mismo, en comparación a lo que les efectivamente sintieron o vivieron.

El primer grupo de embarazadas, pese a ser aquel que seguía más fielmente las indicaciones del médico, fueron las que directamente no asistieron o, si lo hicieron, no fueron a la totalidad de los encuentros. Entre las que lo presenciaron, la razón principal por las que decidieron ir fue para recibir más información sobre el momento específico del trabajo de parto:

Empecé el curso de parto el martes porque me mandó tarde la médica, (...) era el tercer encuentro, el primero había sido la preparación del bolso, que esos supuestamente yo podía recuperarlos después pero no los voy a hacer (Patricia)

Me sorprendió cuando nos dijo que tenía un valor aparte de 3000 pesos, como que no son 200 o 500 (...) No es por la plata igual, pero me pareció un negocio, un lucro y no me sentí cómoda en esa situación (Johanna).

El segundo grupo de embarazadas lo que esperaban principalmente del curso de parto era conocer a la partera y al equipo de profesionales para conocer el modo en que trabajaban:

Con la partera hoy vemos todo lo que es el trabajo de parto, ejercicios, etcétera, para reafirmar un poco lo que me dijo mi obstetra de cómo trabaja ella, bah, ellos. Quería llegar a esta clase para conocerla (Julieta).

El otro día le dije a mi pareja, no voy nada al curso de parto, voy a mandar a la mierda a todo el mundo: "vamos a conocer a la partera, calmáte", me dijo él (Carla).

En relación con las expectativas que tenían sobre el curso de parto y lo que finalmente les pareció- tanto desde el contenido, las dinámicas de grupo, el clima generado en los encuentros y las sensaciones respecto a la partera y el grupo de profesionales a cargo- el primer grupo de

embarazadas respondió que en relación al contenido les resultó interesante la información fisiológica sobre el parto:

También le daba la vuelta más científica: “una madre que ya llega relajada liberando mucha oxitocina es mucho más probable que pueda dilatar sola y tranquila y no haya que estar enchufándole nada, todo tiene que ver con la cabeza y con el cuerpo”, ahí es como que estuvo copada (Agustina).

El segundo grupo se mostró más crítico, tanto respecto de los contenidos impartidos como de las dinámicas de grupo utilizadas y a la imposibilidad de poder conocer a la partera de manera más personalizada que era lo que principalmente pretendían:

Un bajón, una pérdida de tiempo porque la verdad que fue una cosa que decía: “no lo puedo creer” (...) Terminó el curso y sentí que aprendí a armar el bolso y cada cuánto tengo que tener contracciones para ir al hospital. Esas fueron las conclusiones que saqué en concreto de seis encuentros. Mucha publicidad: todos los bancos de células madres, cremas, pañales, todo publicidad. Venía una promotora antes de la clase a darte regalitos y hablarte la primera media hora, después viene otra durante media hora más y vos decís “me vine una hora antes para esto, al pedo” (Carla).

Encontramos un denominador común en los discursos de ambos grupos de embarazadas, en los que relacionan el curso de parto con rasgos del concepto de infantilización descripto por Michelle Sadler (2004). La autora utiliza este término para hacer referencia a las situaciones en las que la mujer, ubicada en el rol paciente obediente, se la trata como si nada supiese acerca de lo que está viviendo. En relación a esto, discursivamente algunas dieron cuenta de esta actitud de infantilización a través del recurso de la ironía, utilizando términos como “mami”, cuando se refirieron a cómo las llamaban algunos de los profesionales que guiaban los encuentros. Otras directamente cuestionaron la asimetría en el tipo de comunicación entablada entre profesiones y embarazadas. También estuvieron las que asociaron el ámbito del curso de parto con el estereotipo de madre que tiene que aprender a “preparar el bolso”, expresando a través de sus discursos, el querer tomar cierta distancia del “mundo mami”:

Había una actitud muy de “yo te digo cómo tiene que ser las cosas, yo te voy a contar cómo son las cosas y ustedes están acá para acatar lo que yo les cuento” (Carla).

“Ahora mami va a respirar”, me pareció medio aparata (Agustina).

Es como un ambiente para ese prototipo de madre primeriza en el que yo no me veo encajada. Mi bebé aún no tiene habitación hecha, no le compre casi nada, como que voy pasito a pasito con las necesidades también, no entré en ese mundo “mami” (Johanna).

La representación social de la maternidad que decantó del curso de parto institucional, a través de lo compartido por las entrevistadas, tiene que ver con una “mami” a la que le dicen cómo

tiene que preparar el bolso y las cosas para el bebé. En el modelo médico hegemónico es la institución la que se ocupa del control y seguimiento del cuerpo de la madre. Mientras tanto, ella se encarga de armar el bolso y aprende a contar cuantos minutos tiene que haber entre contracción y contracción antes de llamar a la partera o dirigirse a la guardia. Este estereotipo de madre tradicional corresponde a la representación hegemónica del ideal materno en el que la mujer debe ser obediente y disciplinada (Lorenzo, 2013). Y es con esta representación de la maternidad con la que las embarazadas, al no sentirse identificadas, cuestionaron de diferente manera.

Un aspecto en el que coincidieron los dos grupos identificados en el análisis, se relacionó con el contenido práctico impartido en el curso. Para ambos grupos, esta fue la parte menos satisfactoria:

El resto de las clases no las dio quien va a ser mi partera, las dieron otras parteras, otra gente: una neonatóloga y otra mujer que sinceramente no sé qué hace, que nos dio, si clases de pujo, de respiración que fueron malísimas. Como muy antinatural todo lo que enseñaba y yo pensaba, esto no me sirve (Carla).

Hicimos un montón de cosas de las que hacemos en Yoga, igual desde otro lado, la mina era como una profesora de gimnasia. Yo cuando la vi, y dijo: “bueno, siéntense en las colchonetas”, parecía que íbamos a empezar tipo una clase de “step”, y después la mayoría de los ejercicios no les daba el mismo nombre o parecidos (Agustina).

En relación al momento del parto, si bien las entrevistadas comentaron que en todos los cursos informaron que la intención era que el parto sea vaginal -y que sólo cuando hubiese complicaciones o algún tipo de riesgo acudirían a la cesárea- este tipo de información generó diferentes sensaciones entre los dos grupos. Aquellas embarazadas pertenecientes al primer grupo que, sabían que querían la peridural (o que no les conflictuaba la idea de tener una cesárea), no cuestionaron el modo en que se abordó el tema en los encuentros:

La partera dijo: “ustedes vienen acá a encontrarse con su bebé y, obviamente, vamos a tratar de que sea parto natural pero si no se puede no es para que se frustren porque no es frustrante”. Se ve que pasó que algunas mujeres se quedaron mal porque no pudieron tenerlo como querían, qué se yo, se complicó algo. Así que macanuda, la verdad me gustó (Patricia).

A diferencia del segundo grupo que se mostró más crítico respecto al modo en que abordaron tanto la cesárea como otras intervenciones:

Esa partera era pro cesárea a morir. Empezaron a hacer preguntas y ella decía: “bueno yo no digo que no, pero de la cesárea una sale divina, podés pedir que te hagan una lipo”. Y ahí dije: “bueno, no, que me entre por un oído y me salga por el otro”. No voy a discutir, no voy a preguntar nada porque no tiene la respuesta que yo estoy buscando, no la tienen (Carla).

En los discursos de este segundo grupo de embarazadas se volvió a manifestar cierto cuestionamiento a determinadas dinámicas y procedimientos del modelo biomédico. Los cursos de parto, en su función de educar a las embarazadas para, entre otras cosas, disminuir el miedo, dan por entendido la implicación de las prácticas y procedimientos médicos que se realizan en las instituciones. La capacitación prenatal brindada a través del modelo biomédico no incluye en ningún momento el protagonismo a la mujer sobre su proceso de parto (Videla, 1973).

Licencia por maternidad: “Dulce espera” versus “deberes pendientes”

Todas las embarazadas al momento de entrar en la licencia laboral por maternidad expresaron transitar un estado físico y emocional caracterizado por la lentitud, pesadez, cansancio, limitaciones físicas y la imposibilidad de hacer la misma cantidad de actividades a las que estaban acostumbradas. Dentro del contexto sociocultural en que se desenvolvía la vida cotidiana de las entrevistadas, podemos decir que estas mujeres pertenecían a la clase media y que estaban insertas en el mundo laboral al momento de quedar embarazadas.

Entendiendo el proceso del embarazo como un hecho sociocultural, en la proximidad del parto, aparecieron, a través de los discursos, no solo las prácticas y comportamientos culturales relacionados con la preparación del parto y del hogar, sino también “el paso siguiente” al nacimiento del bebé:

*De mis amigas ninguna pudo experimentar el parto natural pero sí el trabajo de parto (...)
La crianza del bebé es otra, como el paso siguiente, yo todavía lo veo desde afuera
(Johanna).*

Según los relatos, todas las embarazadas manifestaron atravesar una suerte de negociación entre los “nuevos ritmos” que se imponían por su embarazo y los tiempos impuestos por la vida social y laboral. Un aspecto en común entre las entrevistadas fue que, cuando estaban por dejar de trabajar, manifestaron a nivel corporal y emocional, la necesidad de descansar y el deseo de tener tiempo libre para disfrutar de la última parte del embarazo. Aquí aparece el condimento cultural que tiñe el proceso del embarazo en el que, cercanas a la fecha de parir, aparecen las tareas “pendiente” relacionadas con la pronta maternidad (como la preparación del bolso, el cuarto, la casa, lo que les falta comprar). Esto se da en el marco de un cuerpo que está imposibilitado de hacer tantas cosas como antes de quedar embarazadas, al que se suma la presión en las dinámicas laborales y los tiempos de la licencia por maternidad:

Mi jefa no se da cuenta, la otra vez le fui a decir lo de la licencia y me dijo: “¿pero estás segura? Mirá que yo te necesito al 100% acá, estás muy lenta”, “y sí” -le dije-, y ahí yo me re-angustió. Ese día me fui re-mal porque no me puede decir que no estoy al 100 por 100 porque doy hasta dónde puedo. Ahora empecé más lenta, pero venía bien, ella es mamá también, tiene tres hijos, es grande, sabe lo que es estar embarazada (Ana Clara).

No chicas, no estoy aburrida, no sé qué se piensan que estoy haciendo, además si estoy en mi casa duermo como el culo, no estoy en un Spa en la playa tirada. Cuando me estaba yendo la semana pasada del colegio, las chicas me decían: “ay qué envidia, quiero terminar el año también”. Sí, qué sé yo -pensaba- no es que me voy de viaje o me voy de vacaciones. Es distinto pero bueno también me voy porque ya no puedo más, es otro cansancio, distinto (Agustina).

El embarazo, sobre todo en las últimas semanas de gestación, tiene una característica de que cada día es hoy, con la posibilidad del cambio permanente y de reconfigurarlo según lo que vaya sucediendo. Es un momento en la historia de cada mujer en el que el cuerpo manifiesta lo cambiante y efímero que es. Este nuevo presente se conjuga con otras lógicas socioculturales: los tiempos de la sociedad actual, del mundo del trabajo y las licencias laborales por maternidad, de la institución médica y de la experiencia subjetiva de cada embarazada en torno al embarazo, el parto y la maternidad (Schwarz, 2015). Lo que nos interesa aquí analizar, es cómo este conjunto de factores repercutió en la experiencia de las embarazadas en los dos grupos de entrevistadas que venimos analizando.

El primer grupo -que, recordamos, estaba conformado por mujeres que se correspondían más con una representación del propio cuerpo con mayor desvinculación o cierta percepción desintegrada entre su cuerpo-emociones – expresaron en sus discursos que querían que el parto no se adelantara, ya que tenían mucho por hacer:

En este momento el trabajo me demanda mucho esfuerzo físico, mental, mucha energía. Entonces también estoy lidiando un poco con la culpa que me genera el estar embarazada y pensar: “ay ¿estará bien la cantidad de veces que me agacho por día o el peso que levanto o que me quede hasta cualquier hora trabajando?”. Mi fecha de parto coincide con la más alta de trabajo. Así que bueno, tomando muchos riesgos, rezando todos los días para que todo venga tan bien como hasta ahora (Johanna).

Desde un análisis de las relaciones de género, hemos notado que el primer grupo de embarazadas manifestó cierto grado de contradicción entre la “felicidad, plenitud y completitud” que deberían sentir por estar embarazadas y lo que efectivamente le sucedía: la culpa por trabajar tanto o por no poder dedicarle a cada instante del embarazo el tiempo que le hubiese gustado. Prevalece, desde la falta o incumplimiento, cierto ideal del “ser madre” como teniendo que dedicarse exclusivamente a la maternidad. Desde la perspectiva de género *la maternidad intensiva*, se caracteriza por la exigencia sobre las madres para que dediquen su tiempo, energía y recursos casi exclusivamente a la maternidad, tanto en las madres que trabajan como en las que no.

Esta concepción de la maternidad se corresponde con el conjunto de ideales que forman parte del sentido común pero que están contruidos histórica y socialmente (Hays, 1998). Como dijimos, en este primer grupo de embarazadas, al continuar con un alto grado de dedicación laboral en esta etapa del embarazo apareció esta sensación de falta o remordimiento. Al hablar de la preparación del hogar y las tareas pendientes antes de que nazca el bebé, se manifestó

discursivamente y de modo irónico, la representación de la maternidad como aquel “mundo mami” y los posibles consumos relacionados:

Ahora recién en esta última etapa que son tres meses hasta que nazca tengo tiempo para armar el cuarto. Empezamos este fin de semana con el cuarto, como que estoy empezando a entrar en un mini mundo bebé (Johanna).

Mi marido y yo, por así decirlo, somos los hippies para nuestros amigos (...) una amiga me decía que vaya a comprar pañales y yo ni enterada. No tengo un bolso, no tengo ropa limpia. Y si se adelantase, listo, habrá gente que te llevará las cosas al sanatorio, otros estarán lavando la ropa, otros llevarán el catre a casa... ya está. Tampoco podés estar vos armando todo... (Agustina).

Entre las embarazadas del segundo grupo -que, recordamos, se caracterizaba por mujeres que percibían su cuerpo-emociones desde una percepción de mayor integración e interrelación – en sus discursos dieron cuenta que en la cercanías al parto, se permitían salir del lugar “de productividad” y, en caso de tener que trabajar menos porque su cuerpo se lo pedía, lo respetaban:

Después de la vorágine de las últimas semanas me pasa que por ahí digo, bueno, ya no quiero dar las clases o ya recibí todas las visitas que quería. Es como elegir estar presente y me imagino que es que el cuerpo se va preparando (Julieta).

Fui derivando pacientes y voy preparando el terreno, como que voy replegándome, para estar con la familia. Eso también es todo un trabajo para mí que siempre fui tanto de trabajar, de hacer y estar para el resto. Pensar en dejar ahora que estoy coordinando un centro y dejar a mi auxiliar que no está preparada es un tema viste (Lucila).

En las embarazadas pertenecientes a este grupo, cuya profesión se relacionaba con el arte o que tenían desarrollada una faceta artística, observamos una mayor aceptación y disfrute de esta nueva etapa de la vida como madres. Frente a esta realidad, las mujeres del segundo grupo transitaron todo este conjunto de cambios con mayor aceptación siguiendo el registro de lo que su cuerpo sentía, aunque eso implicase tener que dejar de trabajar o “no hacer nada”. Estas embarazadas expresaron la posibilidad de vivir nuevas lógicas de tiempos diferentes a la que social y culturalmente predominaban. Retorna en sus discursos la sensación, descrita en el tercer trimestre, sobre la necesidad de bajar el nivel de actividades, “vivir el momento presente”, “conectar con la panza” y permitirse estar “más creativas” y “menos productiva”. En estas mujeres se manifestó un menor conflicto respecto a lo “que debían hacer”, simplemente se dejaron llevar por lo que sentían y si tenían que descansar y “no hacer nada” se lo respetaban:

También estoy así como con la energía creativa y después tengo tres días de dormir [risas]. Estoy contenta es un buen embarazo este y, bueno, con las molestias de esta etapa, yo soy muy sensible, como que percibo demasiado todo (Julieta).

Podemos decir que, el primer grupo de embarazadas, al percibir que su cuerpo “todavía podía” hacer cosas, decidió continuar con el mismo ritmo laboral, pese a que esto les generaba una suerte de culpa (tanto por no dedicarle tiempo a la maternidad o por el hecho de que tanta actividad fuese un riesgo para el bebé). A diferencia del segundo grupo de embarazadas, cuyo registro de su cuerpo y sus emociones, y el actuar acorde a estos, las llevó a vivir el último tramo con mayor disfrute y aceptación, reconociendo incluso una faceta creativa en esta etapa final.

Cerramos este apartado, retomando del marco teórico, las contradicciones culturales de la maternidad contemporánea en la que la mujer activa laboralmente transita la experiencia del proceso del embarazo y el parto. Desde la perspectiva de género, uno de los interrogantes sería el de por qué en una sociedad donde la lógica capitalista de la ganancia individualista pareciera dirigir el comportamiento de las personas en tantas esferas de la vida, el modo de actuar de las madres (o aquellas que están por serlo) se guía por una lógica de la crianza generosa y la maternidad exclusiva, ya sea desde la culpa por no cumplir con este mandato o desde la obediencia por hacerlo (Hays, 1998).

Anotaciones finales

Si bien todas las entrevistadas manifestaron sentir miedo al dolor del parto e incertidumbre acerca de si podrían o no soportarlo, no todas respondieron a este interrogante de la misma manera. Identificamos nuevamente dos grupos de embarazadas que respondían a este miedo de diferente modo.

El primer grupo buscó controlar y aplacar este futuro dolor por medio de lo que la medicina le ofrecía para apaciguarlo, en este caso, la anestesia peridural. Este grupo es el mismo que se caracterizaba por tener una percepción de su cuerpo-emociones más desintegrada, en el que por momentos parecía que el cuerpo se ocupaba de determinadas acciones y las emociones de otras. Las mujeres embarazadas pertenecientes a este grupo, fueron también las mismas que durante el último trimestre abandonaron la actividad física que venían realizando.

El segundo grupo estaba conformado por mujeres que expresaban cierta preferencia por atravesar el dolor y evitar recibir anestesia o intervenciones para aplacarlo. Estas entrevistadas presentaron ciertas características que estaban ausentes en el primero: realizaron actividad física hasta el final del embarazo y, en la práctica de esta disciplina, dijeron sentirse contenidas emocionalmente gracias compartiendo tiempo con otras mujeres que estaban atravesando lo mismo que ellas. Estas embarazadas, son las mismas que realizaron una búsqueda intensa del profesional que las acompañaría durante la gestación y que manifestaron sentir miedo al posible maltrato que podrían recibir por parte de la institución.

En relación al curso preparto, si bien todas dudaron en realizarlo, todas finalmente lo hicieron. La diferencia radicó en los motivos que las impulsaron a hacerlo. Las mujeres pertenecientes al primer grupo, sostuvieron que lo hicieron para recibir información sobre los procesos fisiológicos propios del momento específico del parto. Las pertenecientes al segundo grupo identificado, manifestaron hacer el curso de preparto para poder conocer el modo en que el equipo de su obstetra trabajaba así como para conocer a la partera que las asistiría en el trabajo

de parto. Tanto las mujeres de este grupo como las del primero, afirmaron que las clases prácticas que recibieron les resultaron poco útiles y en la mayoría de los casos, afirmaron que tampoco habían podido conocer a su partera.

En relación a la intervención de la cesárea identificamos dos tipos de representaciones según los grupos descriptos. Mientras que en el primer grupo la cesárea fue percibida como un modo más de nacer, en el segundo, por el contrario, la cesárea representó uno de los tantos procedimientos de rutina cuestionados por estas mujeres.

La percepción que del *ser madre* se desprende de este tipo de cursos de parto impartidos por la institución médica coincidió en los discursos de todas las mujeres entrevistadas: la madre es la *buena madre*, paciente obediente que escucha y acata; es la “mami” que toma nota de lo que tiene que poner en el bolso y que no cuestiona la autoridad del médico.

Al final del último trimestre de gestación, momento en el que entran en licencia laboral por maternidad, todas las embarazadas manifestaron sentirse más pesadas y lentas y dijeron experimentar cierta tensión entre los tiempos corporales de su embarazo y los tiempos laborales. Esta tensión fue resuelta de diferente manera: mientras que el primer grupo intentó aprovechar el tiempo al máximo y trató de “ganarle” al cuerpo haciendo todo aquello que tenía planificado hacer; el segundo tuvo una actitud más de ensimismamiento y trató de escuchar y respetar ese tiempo corporal, frenando las actividades.

Parto: Cuerpo y emociones en su máxima expresión

En este último apartado analizaremos cómo la autopercepción del cuerpo y las emociones de las entrevistadas influyó en las representaciones que tenían sobre el parto. Profundizaremos en lo que manifestaron pensar, desear y elegir para el momento culmine del nacimiento de su hijo en relación con los modelos de parto y los procedimientos e intervenciones médicas. Retomamos, por último, el análisis desde una perspectiva de género, para hacer visible la manera en que los condicionamientos socioculturales influyen en las representaciones que las embarazadas tenían sobre el parto.

Todas las mujeres que entrevistamos habían decidido ser asistidas en su parto a través del modelo médico institucionalizado. Desde un enfoque cultural, éste sistema de parto es al que la mayoría de las mujeres de la sociedad recurre. El parto institucionalizado constituye la representación hegemónica compartida por la mayoría de los miembros de una sociedad que funciona como predominante y que prevalece implícitamente en toda práctica cultural reflejando cierto grado de homogeneidad (Jodelet, 1986).

En la cercanía al parto, a través de los discursos de las entrevistadas, también se manifestó la esquematización cultural por medio del cual las embarazadas realizaron una suerte de ordenamiento de lo que iban haciendo, viviendo, sintiendo e imaginando en cada trimestre. En las últimas entrevistas, la pronta llegada del bebé se tornó “más real”, era un hecho “inminente”, como si hubiera llegado el momento de “poder pensar en el parto”:

Ya no es tan abstracto, la llegada ya es más concreta. Faltan dos meses y voy cerrando esto y aquello. Como que antes, quizás, cuando me preguntabas cómo me imaginaba el parto, no me podía poner a pensar si me lo imaginaba. El parto era algo que iba a pensar más adelante (Julieta).

En los apartados anteriores hemos descripto dos grupos de embarazadas cuya autopercepción del cuerpo-emociones influyó en las formas de transitar el embarazo en cada trimestre. Si bien todas las entrevistadas serían asistidas dentro del modelo de atención biomédica, hemos encontrado diferentes representaciones en las preferencias, opiniones y deseos respecto al momento del alumbramiento que se volvieron a corresponder a los dos grupos de embarazadas identificados en el análisis de los trimestres anteriores. Estas variaciones en su forma de percibir el parto iban más allá de los típicos miedos que le puede generar a una mujer el hecho de parir y las dudas de si podrían o tendrían la capacidad de hacerlo.

Para recapitular, hemos identificado el primer grupo de embarazadas con aquellas mujeres que tenían una percepción de su cuerpo-emociones en consonancia con la del modelo biomédico, es decir, encontramos cierta desvinculación del propio registro de su cuerpo en relación con sus emociones. Lo que esperaban del médico se orientaba fundamentalmente al aspecto fisiológico del embarazo y el parto, aguardando las indicaciones que debían seguir, sin hacer hincapié en un vínculo emocional con el profesional. Durante este período, estas entrevistadas confiaron en el médico sin cuestionar su saber y esperaban que el profesional les dijera qué era lo que tenían que hacer en relación al proceso fisiológico del embarazo. Lo eligieron sin dar muchos rodeos y confiaban en su saber y criterio respecto de las posibles intervenciones y procedimientos que este decidiese hacer sobre su cuerpo.

En relación a cómo visualizaban el momento del parto, estas mujeres lo relacionaron con “el dolor”, “el miedo” y con la necesidad de que “pase rápido”. Aparece aquí el sentido cultural del parto doloroso, peligroso y penoso, el cual crea un temor sobre los posibles dolores y las complicaciones en que puede derivar el parto (Rodrigáñez Bustos, 2000):

Me veo en una situación que sé que va a ser rarísima, dolorosa, con miedo, como querer que termine rápido, que me muestren al bebé y que esté todo bien... y eso, con la inseguridad de que haya algún inconveniente y esas cosas (Johanna).

Esta concepción del parto relacionado con lo "doloroso" está instaurada culturalmente y forma parte del discurso biomédico. Desde el modelo médico hegemónico, las prácticas y representaciones del embarazo-parto-puerperio instauró en el imaginario colectivo el proceso del embarazo y el parto como una enfermedad, reduciendo el cuerpo de la mujer al de un sujeto enfermo, o al menos en estado de riesgo o peligro (Gerbotto, 2007). Incluso, la etimología de la palabra *obstetricia* se define como lo “tétrico, vergonzoso, horrible, de una manera repugnante” (Giberti, 1992). Podemos observar cómo éstas embarazadas a través de su discurso, expresaron que lo que más deseaban era que el médico les “muestre al bebé y que esté todo bien”, lo cual muestra el lugar primordial en el que discursiva y simbólicamente ubicaban al obstetra.

Encontramos en la representación que este primer grupo tenía sobre el parto una correspondencia con el modelo institucionalizado de parto. Este sistema de parto está inserto en el contexto de la ciencia médica en el que una vez que la mujer ingresa a la institución se convierte en paciente y es objeto de intervenciones por parte de los profesionales de la salud. Estas intervenciones se ejercen sobre el cuerpo de la embarazada a través de métodos, tecnologías y procedimientos estandarizados (Sadler, 2004).

Esta condición de embarazada-paciente-enferma relacionado con el sentido social y cultural en el que el “parto es doloroso” justifica la utilización de procedimientos médicos de rutina - con los que se tratan otras patologías-incluida la cirugía de la cesárea (Sadler, 2004). Entre las entrevistadas de este primer grupo, las posibilidades de intervenciones médicas como la aplicación de la anestesia forman parte de su modo de percibir el parto:

Sé que hay gente que no se da la peridural para sentir todo. Yo no, me la voy a dar, prefiero evitar el dolor y darme una inyección para pasarla mejor (Johanna).

Yo pensaba que era totalmente normal que te pusieran anestesia (...) y después empezás a ver o leer otras cosas y te das cuenta de que quizás no es tan necesaria y que depende de uno (Agustina).

Según los relatos de estas embarazadas, ante la posibilidad de riesgo y de atravesar una situación dolorosa, hasta casi traumática, preferían incluso que el nacimiento fuese por cesárea:

La verdad que yo siempre dije que quería una cesárea, pero ya te digo, capaz estando embarazada de uno sólo no hubiera sostenido eso. Capaz que hablando con tu médico te dice que no tenés porqué ir a una cesárea, pero en mi imaginario era sí, yo quiero, porque esta cosa de andar sufriendo, qué se yo... (Patricia, embarazada de gemelas)

Por otra parte, prima en esta concepción del parto convencional o institucionalizado, la autoridad y responsabilidad que sobre el proceso del embarazo y el parto tiene el médico por sobre la parturienta. Pensar que estos estarán allí para guiarlas era lo que mayoritariamente dejaba tranquilas a estas embarazadas. Este lugar asignado al médico corresponde con el rol que asume el profesional en el proceso del embarazo y el parto en el modelo del parto institucionalizado. Desde el discurso biomédico, es el obstetra quien toma las decisiones sobre las embarazadas durante el embarazo, parto y post-parto, a través de determinados procedimientos médicos y un discurso que legitima dichas prácticas intervencionistas sobre el cuerpo. Desde ese modelo, todo lo que la mujer pueda saber, sentir o pensar sobre el trabajo de parto queda supeditado a las decisiones del médico (Davis-Floyd, 1993). El modelo médico hegemónico tiene una representación de la embarazada que se corresponde con la percepción que las embarazadas de este primer grupo tenían sobre sí mismas. Un aspecto clave de éste, es la *despersonalización* de la parturienta que se transforma en un objeto de estudio, rendida en su condición de paciente, acostada, inmovilizada obedeciendo a las prescripciones del cuerpo médico (Burgos, 2004). Al hablar del parto, estas entrevistadas manifestaron la necesidad de ser

asistidas por médicos y profesionales de salud:

De última, va a estar esta mujer al lado [la partera] y si estoy haciendo algo mal, si no estoy respirando bien o si no sirve me va a decir: "es así o asá", también si supiera todo, lo tendría yo sola, me quedo en mi casa y listo. Una también es como que trata de desligarse un poco y decir, bueno, yo llego y pongo mi cuerpo y todo de mí, pero calculo que la gente me va a ir guiando en lo que tengo que hacer (Agustina).

En el segundo grupo de entrevistadas identificamos, encontramos una representación sobre el parto, cuyas preferencias, opiniones y deseos expresados a través de las entrevistas diferían del primer conjunto de mujeres analizado.

Reiteramos algunas de las características de las mujeres de este segundo grupo: manifestaron experimentar una mayor integración de su cuerpo y sus emociones en el tránsito de los tres trimestres del embarazo y esto las condujo a cierta necesidad de vivir la gestación desde lo que registraban a través de su cuerpo, sus emociones y su conexión con el bebé más allá de lo que el profesional les dijera. Su postura respecto al rol del médico fue más cuestionada, manifestando cierta resistencia a la asimetría de poder en el que médico es quien decide y la mujer es quien obedece. Estas embarazadas manifestaron esperar de su obstetra una comunicación recíproca y personalizada, en la que pudiesen expresar lo que sentían y deseaban respecto del embarazo y el parto y que estos sentimientos fueran respetados por el profesional.

Respecto a cómo imaginaban el momento del parto, a nivel discursivo, este grupo de mujeres lo relacionó, por un lado, con una instancia en la que "es necesario superar la ansiedad" evitando "sacárselo de encima". Vuelve aquí el sentido que este grupo de entrevistadas le dio al miedo al dolor en el parto, buscando resignificar el dolor y convirtiéndolo en algo "placentero". Estas embarazadas interpretaron el parto como el acto más "natural" e "instintivo" que puede vivir una mujer. Hemos mencionado que el miedo al dolor, así como el dolor en sí mismo, no es meramente fisiológico sino que está mediatizado por la cultura, por la expresión de la educación social y las variaciones personales de cada sujeto (Bustos Domínguez, 2000):

Si te hubieran enseñado que vos podés soportar, que no es necesario que vayas a una cesárea, que vos podés soportar, que vos podés tener un parto normal. Y si que no fuera una elección el decir: "ah pero yo no quiero pasar por el dolor", y bueno, pero vas a tener un bebé, es parte natural, del mismo ciclo por el que quedaste embarazada y lo vas a parir, no podés guardártelo para toda la vida dentro de la panza (Carla).

Me imagino, si se puede, como entregada a ese proceso. A lo que voy es a lo siguiente, viste que a veces uno se da cuenta que el miedo que algo te da siempre es previa al hecho en sí mismo. Como que en el momento sale una fuerza interior medio animal incluso, en la que yo confío mucho (Julieta).

La representación del parto de este grupo de embarazadas sigue la línea de pensamiento y acción que propone el parto humanizado. Se remarca en este modelo de parto el derecho a no tener que reprimir las emociones intensas, como lo son el placer y el dolor, que un parto trae

consigo. El parto humanizado o respetado pregona valores como la autonomía y la libertad para tomar decisiones y elegir dónde parir, en compañía de quién y en qué posiciones. Todas estas elecciones son propias de la mujer y deben ser respetadas. Entre ellas se reconoce los beneficios que le trae a la embarazada la libertad de movimientos y expresión de la parturienta (Schallman, 2007). Este grupo de entrevistadas expresó imaginar el trabajo de parto en su casa, en intimidad con sus parejas, donde pudieran moverse libremente y con la intención de llegar a la institución justo antes de parir:

Me gustaría que el trabajo de parto sea en mi casa, estar con la pelota, con música. Cuando tuve el dolor por el mioma estuve un fin de semana entero con contracciones y la manera atravesar ese momento fue esa: fue estar gateando en la cama, pararme, caminar por mi casa. Mi pareja ponía música, velitas, agarraba el palo de lluvia e iba por la casa haciendo música y eso lograba sacarme del dolor. Y, no sé, un aroma, lograba como que: "está todo bien, estás en tu casa". Si me preguntás, me gustaría que sea así el parto y que nazca con esta vida que yo le ofrezco, acá, con nosotros y no en un quirófano y en una sala blanca con luces frías. Lo que sí espero, de alguna manera, es poder hacer el trabajo de parto en casa, extender esa parte lo más que pueda y llegar lo más tranquila y centrada a un lugar, que no es el lugar que quiero, pero sin permitir que me afecte. Es como, bueno, esto va a ser así pero si yo llego en mi eje (Carla).

Me imagino con mi pareja y no sé, con alguna partera copada, por ahí llevando la bola (risas) y con mi pareja entendiendo que esas contracciones que, en su momento, me dolerán son necesarias (Julieta).

En este sentido, desde la visión del parto humanizado se critica al modelo biomédico justamente por "deshumanizar" el proceso del parto, utilizando máquinas en un esfuerzo por asistir a la mujer, separándola de su propio ambiente y rodeándola con gente desconocida. Desde el parto humanizado todo estos procedimientos desequilibran el estado mental y físico de la parturienta por lo que el acto tan íntimo que implica el parto termina por alterarse (Wagner, 2006). Hemos encontrado marcas de este sentido de parto entre los discursos de estas embarazadas, expresando querer tener un parto "respetado" o "natural" como aquella instancia en la que pretenden que sus decisiones sean respetadas y manifestando miedo a que no fuese así:

El ecógrafo me dijo: "tenés un mioma, no pasa nada, vas a cesárea". Y vos decís, estoy luchando por no ir a una cesárea - o sea, que si tiene que suceder, que suceda-. La prioridad número uno es que mi bebé nazca bien y la dos, sería genial que nazca lo más natural posible, dentro de todo, pero tampoco quiero una cesárea así porque sí (Carla).

Este modelo de parto apoya un modo de nacimiento que recurre a la intervención médica sólo cuando sea necesaria, reconociendo el poder de decisión de la mujer que está pariendo. En este sentido, es el profesional de la salud el que debe estar a disposición de la embarazada respetando los tiempos personales de cada parturienta (Odent, 1990). Este grupo de embarazadas expresó preguntarle a su médico sobre las posibles intervenciones que podrían

ejercer en el parto:

Nosotros le dijimos que queríamos parto natural, respetado y él médico nos dijo que ellos hacen parto respetado en la institución. Y respecto a todas las dudas que teníamos, nos dijo que no inducen y que no hacen episiotomía (Julieta).

En relación con las intervenciones este segundo grupo, si bien manifestó no saber si irían a necesitar la anestesia o no, el miedo principal pasaba por no ser consultadas en esta decisión:

No puedo jurar que no la voy a necesitar, pero no quiero que me obliguen a ponérmela, eso no quiero. Eso es como el punto que me ha pasado con varios de los obstetras que fui a ver, que me dijeran: "mirá, acá el protocolo es así, vos entrás y peridural" (Carla).

En este segundo grupo apareció la opción de la cesárea sólo en el caso de que hubiese un riesgo mayor. Esta posibilidad de nacimiento era percibida como la última opción. El miedo o la intranquilidad pasaba por sí, incluso sin haber riesgos, el médico decidía hacerla:

Si los médicos me dicen cosas como: "vos por tu edad" o "te voy a tener que hacer cesárea", no me gustan esos condicionamientos si se esconde detrás el fan de la cesárea innecesaria (Julieta, 40 años).

Este grupo de embarazadas al percibir el parto como un acto "biológico" y "natural", desconfiaba de las consecuencias o efectos secundarios "antinaturales" que podrían generarle la aplicación de fármacos:

También lo que me han contado es que cuando definitivamente te hacen una inducción, todo es menos fisiológico y más antinatural. Como que, bueno, hay un punto donde estás generando o te generan dolores para los que no estás preparada (Carla).

Para mí lo ideal sería no pedir esas inyecciones, no lo sé... preferiría que no. No me acuerdo concretamente cuáles eran las contraindicaciones de la anestesia, pero habían (Julieta).

También quería preguntarle al obstetra sobre las anestésicas, que de eso no sé nada ni leí tampoco. Quería que él me explique bien cómo actúan y qué es lo que hacen (Ana Clara).

Desde los discursos de estas embarazadas el parto adopta un sentido en el que el dolor busca ser resignificado. Estas embarazadas si bien reconocieron el dolor que podía implicar parir, sostuvieron que también puede convertirse en un momento de conexión con su cuerpo en un estado único, de intensidad e incluso de placer. Esto se relaciona con lo expresado por Casilda Rodríguez Bustos (2012) cuando sostiene que el parto es un acto sexual y, desde esta perspectiva, el dolor resultaría incompatible con cualquier acto sexual y de placer. Siguiendo este

sentido del parto cuando las contracciones son dolorosas se debe a la atrofia, tensión y desconocimiento del útero y de la sexualidad. Esto es resultado de los discursos culturales de la sociedad que expresan culpa por el placer y promueven el miedo. Y uno de estos temores, es el miedo a parir. (Lorenzo, 2013; Zucconi y Martínez, 2014).

En consonancia con el grado de conocimiento de la sexualidad, aparece en estas embarazadas el hecho de parir relacionado a una inquietud y necesidad de buscar y generar "una conexión con el útero" donde están "engendrando vida". Incluso este grupo de mujeres dijo haber participado en talleres de "limpieza de útero" a través de plantas medicinales y en "círculos de mujeres". También afirmaron frecuentar lecturas en relación con el ciclo menstrual, desde un lugar que iba más allá de lo fisiológico, sino que la intención era desde un aspecto de índole emocional espiritual o de "autoconocimiento":

Desde que hice la limpieza de útero la sangre baja y corre de otra forma. Susi [la facilitadora del taller] me había dicho: "vos te vas a dar cuenta que sale como sangre sana". Antes era como marrón, con dolores, era como toda una cosa, como más rústica, dolorosa, que me costaba y esta vez fue así, increíble. Yo estaba que no lo podía creer, hasta el olor, todo cambió (Lucila).

El libro "cuerpo de mujer, sabiduría de mujeres" me había hecho muy bien y, en este último mes -que a mi hermana le encontraron un quiste en el ovario y estaba así como muy nerviosa- y le pasé esa información. No es que le hablo del embarazo, pero lo compartí con ella para que pueda ver desde otra perspectiva también (...) como poder compartir que el autoconocimiento es una herramienta (Julieta).

Empecé a hacer trabajos con la menstruación, círculos de mujeres, ese de Miranda Gray "Luna Roja"(...) Entonces me empecé a dar cuenta que las pastillas anticonceptivas me estaban haciendo mal, que tenían muchas hormonas y quise limpiar mi cuerpo y las dejé (Ana Clara).

Así como hemos identificado el parto institucionalizado con la representación social hegemónica del parto, podemos decir que el parto humanizado se correspondería con lo que Moscovici, citada por Jodolet (1986), denomina *representación emancipada*. Este tipo de representación tiene menor grado de legitimidad social que la hegemónica, es decir, que no es reconocida por el total de la comunidad sino que pertenece a subgrupos sociales.

En la Argentina existe una ley nacional del parto humanizado N° 25.929 que legitima social, legal y culturalmente este modelo de parto, promoviendo los derechos de la embarazada, el recién nacido y la familia. Entre las entrevistas, en líneas generales, notamos una confusión sobre lo que era el parto humanizado y, más aun sobre los derechos, deberes y obligaciones que la ley ampara.

La falta de conocimiento o confusión sobre el significado del parto humanizado lo notamos sobre todo en el primer grupo de entrevistadas, que relacionaron "el parto humanizado" con el "parto en casa" o "parto domiciliario", cuando estos son en realidad dos conceptos diferentes. Cabe aclarar que el "parto en casa" es una modalidad de parto -apoyada por agrupaciones de

parteras independientes y personas, en su mayoría mujeres- en pos del parto domiciliario y del rechazo a un proyecto de ley que restringe y judicializa el accionar de las parteras en la asistencia de este tipo de partos (Jeréz, 2014):

No, no escuche nada sobre el parto respetado, podría como sacar una conclusión que es que cada uno respete qué es lo pretende de un parto, por deducción. Pero nunca escuché, o sea, ¿tiene que ver con que sea fuera de una institución, de un ámbito médico o algo así? (Johanna).

En el caso del segundo grupo, sólo algunas nombraron específicamente la ley, refiriéndose a su contenido y los derechos que la misma amparaba. En el caso de las que afirmativamente tenían conocimiento de la ley, apareció la problemática de que, más allá de que ésta existiese, el tema era cómo la aplicaban en las instituciones médicas:

El médico me dijo: “mirá vos entrás, te ponen oxitocina, después de eso la peridural y así”. Y yo le dije que eso no era así, que la peridural era optativa y me contestó: “no es optativa porque al anestesista hay que llamarlo y puede tardar hasta 45 minutos en venir, ¿vos sabés lo que le cuesta a la obra social el anestesista?”. Seguimos hablando y le dije que existía una ley pero que lo que falta eran personas que la pongan en práctica y él me contestó: “sí, existe una ley pero también existen muchas maneras de interpretarla” (Carla).

Tampoco sé qué te responden, porque no sé si te responden “sí, sí, yo te voy a respetar” [risas] o si en el trabajo de parto te dejan llevar, por ejemplo, la bola [refiriéndose al elemento de esferodinamia], o si le permiten a la madre estar presente todo el tiempo en el nacimiento de su hijo (Julieta).

Más allá del conocimiento real que las embarazadas tenían sobre la ley, nuestro foco de análisis está en cómo desde el cuerpo y las emociones las embarazadas estaban dispuestas a transitar esta instancia. Si bien hemos identificado notables diferencias entre los dos grupos, en las últimas entrevistas – muy cercanas a la fecha de parto- todas las embarazadas, sin diferencia de grupos, parecieron transitar sensaciones similares respecto a la confianza depositada en el vínculo con su médico. Las entrevistadas del segundo grupo, que habían sido las que más se habían informado, movilizado y consultado para tener el parto que ellas querían, expresaron ya no tener “fuerzas” ni “energía” para seguir sumando información. En sus discursos aparece este último momento, como aquel momento en el que ya no pueden hacer más que confiar en lo que sentían, en el camino recorrido, dejando que su cuerpo hiciera “lo que naturalmente sabe hacer”:

Más allá de la charla que quiero tener con la partera, dejé de buscar, dejé de investigar, ya está. Que sea lo que tenga que ser, además me olvido de todo (...) A esta altura ya no tengo idea de qué funciona y qué no. Pasamos por 10 obstetras, como que toda esa etapa fue como de mucha información, mucha búsqueda, preguntas y más preguntas y hay un momento en el que decís, no sé, elijo confiar y que suceda (Carla).

Ahora ya no puedo hacer algo por fuera de lo que ya estoy sintiendo (...) ya no leo tan compulsivamente como antes sobre el tema, estoy más relajada con la búsqueda de información. No sé, me imagino que por ahí uno ahora va como tratando que se vaya acoplando de manera natural, ya no es tanto (Julieta).

El inminente nacimiento volvió a traer el denominador común que habíamos mencionado en el primer trimestre: todas las entrevistadas recobraron la importancia del vínculo con el médico en la cercanía al momento del parto. Sin embargo, en el segundo grupo, al final del embarazo, además de la confianza en el obstetra, recordaron todo el camino de búsqueda realizado tanto a nivel de la información y consultas realizadas y, todo lo que habían sentido en el proceso del embarazo a través del cuerpo y las emociones.

En el cierre de este análisis, desde una perspectiva de género, problematizamos la representación del proceso del parto entendiendo que las relaciones de género sostienen saberes y prácticas en relación a este evento que además de ser biológico, es cultural. Compartimos la idea de que el parto institucionalizado responde a un modelo de parto que aún se rige por generar pautas homogeneizadoras y estandarizadas (Menéndez, 1984; Jeréz, 2014). Y este es el miedo que se presenta en el segundo grupo de embarazadas: que sus cuerpos sean tratados por igual, ignorando además de las diferencias corporales, el estado emocional y de vulnerabilidad en que llega la parturienta (Menéndez, 1984; Jeréz, 2014).

Valeria Fornes utiliza el término *heridas y cicatrices* para referirse a las marcas culturales que permanecen en el cuerpo de la mujer y que expresan, desde lo físico y lo cultural, las relaciones de poder, tendiendo a mantenerlas y reproducirlas a través de la costumbre y el sentido común de “lo que es un parto”. Estas señales que permanecen en el cuerpo de la mujer, luego del proceso del embarazo y el parto, son huellas de género ya que solo pueden efectuarse en cuerpos femeninos: “las heridas deliberadas sobre el cuerpo llevan una impronta cultural ya que intervienen socialmente sobre la naturaleza reconstruyendo formas biológicas según tramas constituidas socialmente” (Fornes, 2009: s/p). El haber decidido analizar los relatos de las embarazadas, a través de su propia percepción sobre el cuerpo y sus emociones, nos permitió explorar cómo en las relaciones de género se constituyen los fundamentos, modalidades y efectos de los procedimientos e intervenciones médicos que permanecen para siempre en el cuerpo y las emociones de la mujer.

Anotaciones finales

Todas las embarazadas entrevistadas decidieron tener a su hijo en una institución médica, sin embargo y, en consonancia con los grupos que trimestre a trimestre fuimos identificando, podemos afirmar que la representación que del parto tenían ambos grupos, diferían entre sí.

El primer grupo de embarazadas, caracterizado a lo largo de todo su embarazo, por percibir su cuerpo-emociones de una manera en la que el cuerpo tendía a ser desvinculado de las

emociones que atravesaba, fue el que manifestó tener una representación del parto en consonancia con el parto institucionalizado. En términos teóricos, la representación del parto que tenían hace eco con las representaciones compartidas por todos los miembros de una sociedad que funciona como hegemónica y que prevalece culturalmente. Esta representación del parto es la de un parto doloroso, patológico e intervenido. El cuerpo de la parturienta, se transforma en un objeto de estudio necesitando ser intervenido y quedando supeditado a la condición de paciente, y por lo tanto, enfermo, acostado, quieto y obediente a las prescripciones del personal médico.

El segundo grupo de embarazadas, caracterizado durante el transcurso del embarazo, por percibir su cuerpo-emociones de un modo más integrado, fue el que manifestó tener una representación del parto en mayor consonancia con el parto humanizado. Esta representación del parto es producto de la circulación de ideas y conocimientos pertenecientes a grupos más reducidos de cualquier sociedad y de cuya existencia no todos los miembros tienen conocimiento. En esta representación del parto la mujer ocupa una posición protagónica, siendo ella y no los médicos, quien toma todas las decisiones sobre lo que sucederá en ese proceso. En este modelo de parto el cuerpo de la parturienta deja de ser objeto de intervenciones médicas, pudiendo expresarse y moverse en compañía de quien desee, así como sus emociones son atendidas y contenidas para transitar el trabajo de parto y el alumbramiento.

Concluimos según lo analizado que, cuánto mayor era la integración y registro que sobre su cuerpo y emociones tenían las embarazadas, mayor probabilidad había de que buscasen tener un parto humanizado. Esto fue lo que notamos en el análisis sobre el segundo grupo de entrevistadas, las cuales a través de sus discursos expresaron implícita o explícitamente querer tener un “parto humanizado”.

Hemos notado que el término parto humanizado o parto respetado circula social y culturalmente dentro del ámbito de las embarazadas. Todas -algunas en forma más certera que otras- pudieron expresar cierta opinión, conocimiento o idea sobre el tema. Sin embargo, concluimos que entre la mayoría de las entrevistadas existió un desconocimiento o confusión respecto de lo que es el parto humanizado, pese a que existe una ley nacional que ampara los derechos, deberes y obligaciones de las mujeres embarazadas, el recién nacido y la familia.

Por otra parte, desde el análisis de la autopercepción que de su cuerpo y emociones tenían las entrevistadas, pudimos notar que en el tramo final del embarazo volvió a manifestarse un denominador común encontrado también en el primer trimestre: la confianza en el vínculo con el médico obstetra. Esto lo observamos incluso en las embarazadas del segundo grupo que habían expresado tener una mayor independencia de este vínculo durante el segundo trimestre y parte del tercero. Estas mujeres dieron a entender que sentían que ya había llegado el momento de hacer una síntesis entre lo que habían investigado y dialogado con su médico sobre el parto y el libre albedrío que su cuerpo y emociones atravesaría en el gran evento del nacimiento. En este segundo grupo permaneció latente el miedo a no ser respetadas en sus decisiones al momento del parto.

Para finalizar podemos decir, que seis de las siete entrevistadas terminaron teniendo un parto por cesárea (sólo dos de ellas fueron programadas por esperar mellizos o gemelos). Lo que nos interesa destacar aquí no es el resultado de parto que tuvieron sino cómo fue la experiencia

de todo el proceso que tanto su cuerpo y sus emociones atravesaron y que culminó en el nacimiento de sus hijos. Citamos a continuación algunos fragmentos de los relatos de parto (los relatos completos están en el anexo)

Hoy puedo escribir el relato, 5 meses después, luego de haber llorado por no haber sido la protagonista de mi parto, por haber peleado durante casi 4 meses con pezoneras, grietas, sondas, relactadores y mamaderas, con mi beba en brazos dormida y prendida a la teta casi 24 hs. al día, y todavía me pregunto qué pasó.... y todavía siento que me robaron un pedazo de la historia, no la más importante, porque esa la construyo día a día desde que la tuve en brazos por primera vez, pero si la que esperaba, para la que prepare, informe, averigué, busque y pelié, porque yo QUERÍA PARIR (Carla, 39 años, cesárea en la semana 41.3 por un mioma que impedía la salida del bebé por parto vaginal)

Perdí el tapón mucoso a las 5 am y desde ahí empecé con contracción de pre parto cada 10 minutos con algo de dolor. Estaba fuera de fecha ¡20 días antes! (...) Llamé a la partera que estaba en la clínica y me fui a verla. Me hizo tacto y no tenía dilatación (...) a las 20 ya eran gritos de dolor así que llamamos al obstetra y nos fuimos a la clínica. Ahí ya estaba con 4 de dilatación así que llamaron a todos para q vengan. El dolor aumentaba, pero cuando me rompieron la bolsa fue realmente terribleee, hasta q llegó el anestesista y me dio la peridural. Ahí intente que fuese natural. Tenía toda la dilatación, pero Teo no salía y las pulsaciones bajaban así que, después de varios intentos, no se pudo, así que quirófano. Nació respirando con dificultad así que fue a neo. Yo lo vi cuando lo sacaron y recién al día siguiente. Encima no había cuarto así q dormimos mi marido y yo en el quirófano... fue un día y una noche difícil, pero con un final muy feliz (Johanna, 32 años, cesárea no programada).

Parto cesárea de urgencia por pico de presión (...) Tengo un recuerdo lindo, estaba nerviosa pero en cuanto me dijeron que iba a nacer me calme. La anestesia muy bien, ni sentí el pinchazo (...) En todo momento me preguntaban si estaba bien y mi pareja me acompañaba dándome tranquilidad. Estaba también la partera junto con la obstetra. Ni bien nacieron me las pusieron a las dos cerca de mi pecho y fue el momento más hermoso de mi vida. Luego se las llevaron junto con mi marido (...) Ahí estaban las incubadoras preparadas para llevarlas a neo. Mi pareja fue con ellas. Mientras tanto, a mí me terminaban de coser. Luego se fueron todos y me dejaron en la camilla esperando al camillero jajaja. Ya nadie me daba bola. Hasta que me llevaron a la habitación y recién pude ver a mis hijas al otro día al mediodía que empecé a caminar media dolorida (Patricia, 43 años, cesárea de urgencia de un embarazo gemelar).

Recé mucho todo el embarazo..me hice un talismán con un chaman mexicano, me sahumé, me deje acompañar....igualmente ni todo eso hizo que el día previo a la cesárea no pegara un ojo en toda la noche. Llegamos al hospital a las 6 am....si no fuera x q tenía esa panzota, parecía que iba a hacerme cualquier intervención menor...eso no estuvo bueno ya que tiró al piso mi expectativa inicial de sentir la premura de mis hijos llegando por voluntad propia. Todos los médicos fueron muy cálidos...me hacían chistes y todo. Mi

compañero, fundamental pilar de toda esa etapa (...) No sentí dolor, ni la peridural, ni el corte, ni las piernas....pero si escuché...sus voces por primera vez y la sensación de mágica de ser todo al mismo tiempo receptora y dadora, creadora, conexión absoluta con el universo (...) El primer contacto fue suave..algo torpe ya que me los acercaron y no los pude abrazar, ni estar piel con piel, como me habían dicho y como el instinto te avisa. Pasó más de una hora hasta que lo pude hacer...una hora en la que quede impresionada por no sentir las piernas (...) Cuando llegaron a la habitación enseguida los abraza y empecé a aprendérmelos de memoria (...) estaban vivos, abrían sus ojos, se movían, agarraban la teta...ya está (Lucila, 35 años, cesárea programada por embarazo gemelar y antecedentes de preclampsia y muerte fetal).

Fue obvio una experiencia muy linda, encima en mi caso, no estaba programada la cesárea, entonces fue todo muy de golpe. Y lo que tengo para decirte de la experiencia, fue lo siguiente, en mi caso tuve una muy buena relación con obstetra que, como te digo, siempre fue amoroso, muy atento y muy de responder. Y las parteras inicialmente en el taller fueron muy divinas pero después las sentí como un poco frías en el parto, que encima no fue. Sí que eran cálidas pero de una manera que no se la creí mucho [risas]. Eso creo que pudo haber sido un tema porque en el curso de parto, por ejemplo, nos iban a enseñar ejercicios para el parto. Y hubo un mal entendido y nunca los dieron. Y alguna que otra vez yo les escribí, por algo super administrativo igual. Y me parece que esa confianza nunca se dio y bueno, qué sé yo, no te digo que no dilaté por eso, pero la sensación fue esa. De hecho, yo contraté al equipo de ellos que, muy amorosos igual, pero eventualmente de volver a hacer, volvería a hacerlo con el mismo obstetra pero sin...pero bueno, dándome cuenta qué tan fundamental es el papel de la partera.

Respecto de finalmente haber ido a cesárea y no a parto natural, el hecho en sí mismo no me puso mal. Cada bebé nace como quiere (...). Lo que a mí particularmente me pasó con la cesárea fue como lo posterior (...) Y las primeras horas no podía hablar, estaba anestesiada (...)o. Y, desde luego, que estaría medio dopada o en shock, no termino de entender. Al día de hoy es como que lo pienso y me angustio. Igual después lo recuperé dándole la teta (...)es un nacimiento y es un parto y es también un tipo de parto respetado (Julieta, parto por cesárea en la semana 40 por no haber dilatación).

Empecé a tener las contracciones y, en cada contracción, pujaba, pero bueno, pasado el tiempo y pasado el tiempo, a cabo de dos horas, las contracciones no eran lo suficientemente fuertes, Simón no se terminaba de encajar del todo (...) La verdad es que fue así un tiempito que le metí y le metí, en cada contracción me dejé la vida. Encima la anestesia no me había agarrado bien. Ahí me pusieron un poco de goteo para ver si las contracciones empezaban a ser más fuertes como para poder ayudar, pero tampoco. Y bueno, ahí escuché la palabra: "vamos al quirófano". Y me acuerdo como que medio que me puse a llorar (...) Estaba el dilema de que estaba justo ahí y qué hacen, si no se llegase a encajar y queda en la mitad y hay que usar fórceps y toda la bola, o van a una cesárea". Bueno, esperaron un poco más, yo seguí pujando y no pasaba nada. Mal, me iban llevando en la camilla y yo pensaba: "la puta madre, tanto esfuerzo que hicimos ambos para que no resultara". Pero, bueno, en el momento Pablo me dijo: "pensemos en lo mejor para Simón y para vos. Y ya está, se intentó, no se pudo, y por ahí no está bueno forzar las cosas, entonces, tranquila. Ya está. En cualquier

momento lo tenemos a Simón acá y estamos felices". Y así fue, la verdad, me llevaron a la cesárea y en cinco minutos bajaron la telita y Simón estaba ahí (...) Si me preguntás ahora, tengo cierto sabor amargo de que no haya podido terminar de la manera en que empezó, pero como que me propuse no quedarme con eso y pensar en que Simón está hoy acá, que yo ya estoy bien, por suerte, y que en definitiva, lo importante es eso. Después, bueno, la idea que una tenía y la forma en que una hubiera querido, y todo como lo sueña y lo proyecta, es una cosa y lo que termina pasando es otra. Me quedo con que hoy estamos los tres en casa perfectos y eso es lo importante (Agustina, parto por cesárea luego de haber comenzado el trabajo de parto)

Estábamos en casa y sentí un dolor fuerte. Bajé las escaleras con las piernas bien abiertas y salimos a caminar, volví, me senté en la pelota, hice los ejercicios y el dolor se iba, pero volvía fuerte (...) Llegué a mi casa, ya sentía dolores más fuertes y eran cada quince minutos. Entonces, ahí ya me empecé a dar cuenta que ya estaba en trabajo de parto. Me senté en la pelota, me hice masajes en la espalda y en un momento, siento como una presión más fuerte para abajo y me dan ganas de agacharme. Yo estaba sentada en la cama y, cuando me agacho, rompo bolsa y empecé a chorrerar el líquido. Bueno, nos quedamos un ratito más, preparamos el bolso, yo me cambié y salimos para el hospital en taxi (...) Se acerca el médico, me hace el tacto y que tenía entre cinco y seis de dilatación. Ahí me dicen que ya me voy a quedar ahí y que había que esperar a que la dilatación se complete. Yo estaba acostada y toda conectada, y estaba como muy incómoda. Lo que hice fue pedirle al médico que, por favor, me desconecte porque la verdad es que me quería parar porque lo que hacía que se me pase era pararme y mover las piernas y que mi compañero me haga masajes. Entonces me desconecta después de bastante (...) Entonces, me paro, voy para el baño y sigo ahí el trabajo de parto. Las contracciones eran cada vez más seguidas y en un momento ya sentía que estaba todavía más abajo, ya no eran contracciones, sino que sentía ganas de pujar y, cuando pujaba se me pasaba. La médica estaba ahí atrás así que se dio cuenta por la forma en que ya no hacía el dolor de la contracción, sino que ya pujaba. Todo el tiempo estuve bien contenida por las parteras y obstetras. Cuando fuimos ahí a la sala de parto ahí ya me vistieron e hice tres pujos y estaba Camilo afuera [risas] (Ana Clara)

8. Conclusiones finales

En esta investigación, a través del análisis de las entrevistas realizadas, hallamos dos grupos de embarazadas que, a lo largo de todo el embarazo, se distinguieron entre sí por la autopercepción que del cuerpo-emociones tenían. Las diferencias en esta forma de percibir su cuerpo y sus emociones, se hicieron visibles en su relación con el médico, en las representaciones del embarazo y de la maternidad como así también en las representaciones que del curso pre-parto y parto tenían.

En relación a la representación del cuerpo-emociones:

- El primer grupo se caracterizó principalmente por tener una autopercepción del cuerpo de una manera en la que el cuerpo tendía a ser desvinculado de las emociones que atravesaba. En este sentido, el cuerpo era entendido como aquello de lo que se tenía que ocupar exclusivamente el médico.
- El segundo grupo percibía a su cuerpo-emociones en una interrelación continua entre ambas dimensiones, y sobre el cual querían tomar determinadas decisiones más allá de lo que les dijera el profesional.

En cuanto a la relación que mantenían con los profesionales:

- El primer grupo confió en el médico sin cuestionar su saber y esperaba que el profesional les dijera qué era lo que tenían que hacer en relación al proceso fisiológico del embarazo. Las embarazadas afirmaron que la contención emocional la buscaban en otros ámbitos como en la terapia psicoanalítica, grupos de amigas y familiares.
- El segundo grupo se caracterizó por mujeres que, antes de elegir al profesional que las acompañaría, realizaron una búsqueda intensa, debido al miedo que les provocaba el posible maltrato que podían recibir. Estas embarazadas fueron las que cuestionaron el rol del médico como aquel poseedor del conocimiento absoluto. Las mujeres afirmaron que esperaban del médico un acompañamiento personalizado y contenedor.

En cuanto a la representación que tenían del embarazo:

- En el primer grupo encontramos rasgos de la obediencia asociada al ideal materno y femenino que se corresponden con el ser “buena madre” y paciente. La madre es la paciente obediente que escucha y acata. El tipo de comunicación entre la embarazada y el médico tiene características propias de una relación asimétrica.
- En el segundo grupo la representación de la embarazada como paciente obediente, resultó ser más cuestionada. Estas mujeres se caracterizaron por poner en duda la palabra del médico. La representación que tenían de esta relación médico-paciente era una relación más horizontal basada en el diálogo y escucha recíproca sobre las preferencias de las mujeres en relación a su embarazo y parto.

En cuanto al parto, si bien todas las embarazadas entrevistadas decidieron tener a su hijo en una institución médica, se diferenciaron en la representación que del parto tenían:

- El primer grupo, que se caracterizó al final del embarazo por abandonar la actividad física y que intentó continuar con el mismo ritmo laboral y aprovechar que el cuerpo “todavía podía” para realizar las “tareas pendientes”, tenía una representación del parto

como algo doloroso, patológico e intervenido. Las mujeres afirmaron que buscarían controlar y aplacar el futuro dolor por medio de lo que la medicina le ofrecía para apaciguarlo, en este caso, la anestesia peridural. La cesárea fue percibida como un modo más de nacer sin mayores cuestionamientos sobre esta intervención.

- El segundo grupo, que se caracterizó por realizar actividad física hasta el final del embarazo y que tuvo una actitud más de ensimismamiento tratando de escuchar y respetar ese tiempo corporal frenando las actividades, estaba conformado por mujeres que expresaban cierta preferencia por atravesar el dolor y evitar recibir anestesia o intervenciones para aplacarlo. Fueron las mismas que imaginaban el trabajo de parto como un momento asociado a lo "instintivo y natural", transitándolo a través de la libertad de movimientos y la expresión de sus emociones. La cesárea representó uno de los tantos procedimientos de rutina cuestionados por estas mujeres.

En relación al curso pre-parto, ambos grupos coincidieron en que el trato hacia ellas fue infantilizado (Sadler,2004). Se las trataba como si nada supiesen acerca de lo que estaban viviendo, como una "mami" a la que hay que explicarle todo. Lo que diferenció a los dos grupos de embarazadas fue el motivo por el que decidieron realizarlo:

- En el primer grupo las mujeres sostuvieron que lo hicieron para recibir información sobre los procesos fisiológicos propios del momento específico del parto.
- El segundo grupo manifestó hacer el curso de preparto para poder conocer el modo en que el equipo de su obstetra trabajaba, así como para conocer a la partera que las asistiría en el trabajo de parto.

Hemos basado el análisis teniendo en cuenta que el embarazo y el parto además de ser procesos biológicos, son construcciones culturales que se enmarcan en tramas constituidas socialmente y que responden a estructuras específicas de poder de cada sociedad (Fornes y Merino, 2008). En este sentido, la autopercepción del cuerpo y las emociones de las entrevistadas nos permitió recuperar ciertas representaciones y prácticas médicas, sociales y culturales relacionadas a la mujer, así como la forma en que éstas influyeron en su cuerpo-emociones en el proceso del embarazo y la proximidad al parto.

Luego del análisis realizado, podemos afirmar que el tipo de representación de parto que cada grupo de embarazadas percibía se relacionaba con la autopercepción que de su cuerpo-emociones tenía.

En este sentido, afirmamos que el primer grupo de embarazadas, caracterizado a lo largo de todo su embarazo por percibir su cuerpo-emociones de una manera en la que el cuerpo tendía a ser desvinculado de las emociones que atravesaba, tenía una representación del parto en consonancia con el modelo biomédico y el parto institucionalizado: el parto aquí es percibido como doloroso y patológico, en el que el cuerpo de la parturienta debe ser intervenido, quedando supeditado a la condición de paciente enfermo, acostado, quieto y obediente a las prescripciones del personal médico.

Por el contrario, afirmamos que el segundo grupo de embarazadas, caracterizado durante el transcurso del embarazo por percibir su cuerpo-emociones de un modo más integrado, dándole

importancia su propio registro corporal y emocional de lo que iban sintiendo, tenía una representación del parto cercana a la del parto humanizado. En esta representación del parto, la mujer ocupaba un lugar protagónico, siendo ella y no los médicos, quien tomaba todas las decisiones sobre lo que sucedería en ese proceso. En el parto humanizado el cuerpo de la parturienta deja de ser objeto de intervenciones médicas, pudiendo expresarse y moverse en compañía de quien desee. Las emociones son atendidas y contenidas por los profesionales que las acompañan para transitar el trabajo de parto y el alumbramiento.

Hemos analizado que si bien las emociones son producto de una construcción social que responden a ideales regulatorios a partir de los cuales se genera un sentido social que los sujetos encarnan, éstas son también una percepción individual. Las emociones atraviesan la subjetividad de las mujeres e influyen en la experiencia del embarazo y parto. En relación a esto, afirmamos que las embarazadas buscan por fuera de la institución médica los espacios en donde sentirse contenidas emocionalmente y sostenemos entonces que, cuanto mayor es la integración y registro que sobre su cuerpo-emociones tienen las embarazadas, mayor probabilidad hay de que busquen tener un parto humanizado.

En este sentido, a continuación presentamos el proyecto que denominamos "Taller Integral para Embarazadas". Esta propuesta tiene el objetivo de posibilitar a la embarazada reconocer nuevas y diferentes maneras de entrar en contacto con su cuerpo y sus emociones. Lo que nos interesa es que sean las propias embarazadas las que descubran qué es para ellas tener un parto respetado, desde lo que sienten y transitan a través de su cuerpo, sus emociones, sus creencias, su modo de vivir y percibir el embarazo y el futuro parto.

Si bien creemos que la Ley del Parto Humanizado es un camino que se ha iniciado, sobre el cual es necesario continuar trabajando a través de políticas y campañas de control y regulación para la efectivización de la ley en todas las instituciones médicas; desde nuestra tesina concluimos que el mayor recurso disponible que tienen las embarazadas es el abordaje sobre su propio cuerpo (intrínsecamente relacionado con las emociones). Trabajar con el cuerpo-emociones es parte fundante para que el proceso del embarazo y el parto sean respetados.

Desde nuestra postura, sostenemos que las técnicas corporales benefician el proceso del embarazo y parto aportando beneficios a nivel físico y emocional. Consideramos que, si bien el modelo biomédico tiene muchas falencias, actualmente es el que eligen la mayoría de las mujeres para parir. Es necesario entonces generar recursos y herramientas para acompañar sus decisiones. Para ello, a continuación esbozamos y hacemos públicos recursos y dimensiones para abordar el cuerpo-emociones, las representaciones sociales de las embarazadas y la relación con el médico para una posible implementación a través de un programa destinado a embarazadas.

Esbozo del Taller Integral para Embarazadas

Un taller integral destinado a embarazadas debería tener en cuenta las siguientes características:

- Incorporar diferentes técnicas corporales con un abordaje emocional que le permita a las mujeres trabajar sobre su cuerpo y sus emociones a través de movimientos, ejercicios físicos, técnicas respiratorias, de relajación y meditaciones relacionadas con el embarazo, el parto y la maternidad.
- Realizar entre 10 o 12 encuentros iniciando el cronograma de actividades a partir de la semana 24 del embarazo aproximadamente (a diferencia del curso de parto institucionalizado que suele comenzar entre cuatro y seis semanas antes de la fecha probable de parto). Consideramos que en esta etapa de la gestación, la mujer que cursa un embarazo saludable, suele sentirse con más energía y vitalidad a nivel corporal, emocionalmente más estables y con mayor receptividad y predisposición para recibir información.
- Incluir y reconocer la participación de las parejas en la totalidad o mayoría de los encuentros para acompañar y enriquecer el proceso del embarazo y del parto.
- Compartir la experiencia con otras mujeres que están transitando la misma situación en un ambiente cálido y amable, generando instancias en las que puedan compartir sus historias personales. Los grupos no deberían superar las 10 embarazadas.
- Proponer una dinámica de encuentros a modo de talleres donde prime una participación horizontal y recíproca entre las embarazadas y quienes facilitan los encuentros.
- Realizar encuentros personalizados con la mujer y la pareja y/o acompañante, buscando de este modo no homogeneizar las experiencias particulares de cada embarazo.

Desde el campo de las emociones-cuerpo, proponemos:

- Abordar el mundo de las emociones de las embarazadas para que puedan, a través de diferentes técnicas corporales (que incluyan además del físico, el aspecto emocional), profundizar sobre las sensaciones y miedos que van transitando en el embarazo, entre ellos, el miedo al dolor.
- Trabajar sobre los condicionantes emocionales y los propios obstáculos internos que la embarazada tiene. Para ello proponemos formular nuevas preguntas con connotación positiva. Por ejemplo, que la embarazada se pregunte cuáles cree que son sus necesidades y deseos durante el trabajo de parto, qué es lo que la hace sentir más cómoda, qué personas elegirían para que la acompañaran, etc.

Técnicas corporales para abordar el cuerpo-emociones:

Yogaterapia. Es una disciplina que parte desde una práctica física con el propósito de equilibrar el cuerpo, así como el estado psíquico y emocional. La práctica puede incluir ejercicios de conciencia corporal, posturas físicas, técnicas respiratorias, recitación de cantos o sonidos, relajación y meditación.

El propósito del Yoga terapéutico es reconocer el cuerpo como totalidad, trabajar con la energía que la persona está portando para conectar con una búsqueda interna más profunda.

Orientada al embarazo, el foco está puesto en la respiración, posturas físicas con apoyos y elementos, prácticas que alivien molestias en la espalda y expandir la respiración. Se profundiza en posturas físicas que trabajen sobre la zona pélvica, la musculatura de las piernas, la flexibilidad y disminución de tensiones corporales, así como meditaciones y ejercicios para conectar con el canal de nacimiento, registrando las sensaciones y emociones propias. (Souto: 2013, 2014)

Eutonía. La técnica se basa en: el registro y toma de conciencia de las sensaciones; la observación del propio cuerpo del practicante, el registro consciente de los movimientos de la respiración a través de los apoyos, la conciencia de los huesos y músculos; la temperatura corporal y de la piel; y los cambios internos a los que conduce, con la constancia en la práctica, la conciencia del propio organismo. Su metodología tiene el propósito de liberar y potenciar la capacidad creativa y lograr una mayor adaptación a diferentes situaciones de la vida y de los propios estados físicos y psicofisiológicos. El propósito es que el cuerpo alcance el equilibrio adecuado con la mayor precisión en cada gesto y movimiento, así como en el estado óptimo de los músculos, ligamentos y articulaciones reconociendo las resistencias que se presentan en el momento del movimiento o la búsqueda de la quietud.

Este método dirigido a las embarazadas tiene el objetivo de: favorecer el contacto de la mujer consigo misma, con la pareja y, de ambos, con el bebé en la panza; registrar a través ejercicios físicos, vocalizaciones y visualizaciones el espacio por donde pasará el bebé al nacer; incluir la participación del padre; aliviar zonas de dolor propias del embarazo; elevar el umbral del dolor; trabajar el uso de la mirada interna; incorporar la emisión del sonido de la "O" que facilita la modificación del tono psíquico-físico; aprender a "pujar sonriendo" (Gerda, 1983; Souto; 2013, 2014; Kaplan, 2015).

Danza Afro. A través del movimiento, la danza y el canto se propone utilizar activamente la experimentación a través del cuerpo, la investigación del movimiento y la creatividad. Orientado a las embarazadas, el propósito de la práctica es que la gestante pueda conectar con su panza a través de la danza y el movimiento, y ayudar a la preparación del cuerpo para el trabajo de parto con el propósito de ganar confianza, seguridad y venciendo los temores. En la clase se trabaja sobre la conciencia corporal a través del movimiento para aliviar molestias y mejorar la postura, movimientos circulares de la pelvis, ejercicios de desplazamiento, el rebote (movimiento que se utiliza instintivamente para calmar, luego, a los bebés) y cantos. Además se trabajará con la interpretación de leyendas de las deidades relacionadas con la maternidad -*Oxum* y *Yemanya*-, desde la vivencia del cuerpo y las emociones (Mena Rodriguez, 2007), (Stokoe, 1987), (Vergere, 1997), (Von Laban, 1994).

Sistema Fedora Aberastury. Es una técnica de movimiento y una herramienta para expresarse. Desde esta concepción, se entiende al cuerpo como una totalidad en la que están involucrados el pensamiento, los sentimientos, la voluntad y la acción. Trabaja sobre el lema de "lo poco que hemos habitado nuestro cuerpo". El propósito es, a través del pensamiento consciente, el cuerpo en movimiento y la conciencia de los centros de energía, promover el

conocimiento de sí mismo. Así se propone que, cada persona, vaya creando una expresión persona y única que lo represente. Es una práctica que se realiza en el piso, y es apta para embarazadas. A través de una meditación guiada se trabaja sobre: el enraizamiento; soltar la sobrecarga; la relajación consciente; los centros de energía (en particular el centro de la lengua); la escucha, agudizando la percepción; la vibración en el cuerpo y las fuerzas de puje (entendiendo éstas, no en el sentido fisiológico, sino sensorial) (Suárez, 2004).

Bioenergética. Es un trabajo terapéutico corporal ligado a lo emocional, a la liberación y la autoexpresión. A través de ejercicios físicos busca desbloquear tensiones crónicas, contracturas, fortalecer la respiración y la circulación de energía. Se basa en ejercicios que parten del enraizamiento, la respiración trabajando con la expresión de las emociones. El objetivo de esta disciplina es que la persona pueda gozar al máximo de las funciones básicas del cuerpo: respiración, movimientos, autoexpresión, sexualidad, sentimientos y emociones. Es una disciplina que combina el trabajo entre el cuerpo, la mente y las emociones con el propósito de comprender estas dimensiones para optimizar las sensaciones del placer y el gozo de vivir. La afirmación sobre la que se basa esta disciplina es que: "cuerpo y mente son funcionalmente idénticos: es decir, lo que sucede en la mente refleja lo que está sucediendo en el cuerpo, y viceversa".

Orientado a las embarazadas, el objetivo es que la embarazada pueda sentir las emociones que afloran en ese estado y trabajar sobre la flexibilidad y el movimiento, a través de la energía que promueve el moverse (Lowen, 2010).

Canto. Es una técnica que busca trabajar a través del reconocimiento de la voz, así como del registro corporal y respiratorio. Tiene el propósito de reconocer la propia sonoridad como un canal para expresar las emociones y pensamientos que muchas veces en el lenguaje racional se dificulta su manifestación. A través de la voz, también es posible trabajar con patrones culturales e internalizados, los cuales muchas veces condicionan la expresión del cuerpo-emociones, reprimiendo la conexión con una forma de comunicación que es ancestral, como lo es la voz cantada.

Destinado a embarazadas se puede trabajar con juegos y ejercicios orientados a generar un registro con el cuerpo así como con la capacidad respiratoria y vocal. Se utilizan recursos y ejercicios para que la embarazada encuentre una nueva posibilidad, a través de las vibraciones que genera la propia voz, para comunicarse con la panza. También está la posibilidad de trabajar en parejas con la interpretación de canciones de cuna, con el propósito de hacer improvisaciones en formato de círculo entre las parejas, a partir del trabajo colectivo con dichos cantos.

Herramientas para trabajar sobre las representaciones sociales de la maternidad, el embarazo y el parto:

- Trabajar sobre su propia subjetividad de la embarazada: qué es para ellas ser madres, estar embarazadas y parir, y de qué modo nacieron
- Guiar un proceso de reflexión sobre los estereotipos, mandatos y creencias sociales que la embarazada tiene y cómo influyen éstos en la forma de percibir la maternidad, el embarazo y el

parto. Para esto es necesario ahondar en lo que piensa y expresa el círculo familiar, social y de amistades de las embarazadas y/o parejas participantes.

En relación con el médico:

- Generar espacios en los que las embarazadas puedan descubrir las herramientas que necesitan para elegir al médico y, una vez elegido y conjuntamente con él, tomar las decisiones sobre el curso de su embarazo y parto. Por ejemplo, proporcionar modelos de planes de parto para presentar a la institución a donde van a parir.
- Habilitar un espacio de conocimiento y reflexión para aquellas mujeres cuyas inquietudes no se agotan con las respuestas dadas desde la institución médica.

En relación al parto humanizado:

- Informar a las embarazadas sobre las posibles intervenciones que pueden llegar a recibir en el proceso del embarazo y el parto, así como reflexionar sobre los mitos y creencias que existen en torno a ellos.
- Proporcionar información sobre la Ley Nacional nº 25.929 (2015) de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento (más conocida como Ley del Parto Humanizado) para que la embarazada y familia conozca cuáles son los derechos de la mujer, la familia y el bebé durante el proceso del embarazo y el parto, así como cuáles son las obligaciones de las instituciones donde se atienden.
- Generar instancias de reflexión sobre lo que la embarazada quiere, elige y decide para su embarazo y parto. Planteando por ejemplo, una serie de preguntas autoreferenciales: ¿cómo quiero mi parto? ¿con quién quiero transitarlo? ¿me siento cómoda con las posibles intervenciones que por rutina me pueden llegar a hacer, a mí o al bebé, al momento de parir? ¿existen instancias en la que yo pueda elegir o tomar decisiones?

Rol de la pareja/acompañante:

- Indagar en lo que la embarazada desea y elige para su parto y cómo se lo comunica al acompañante.
- Generar instancias de diálogo y comunicación entre la embarazada y la pareja/acompañante. Sostenemos que quien acompaña a la embarazada cumple un rol fundamental para hacer respetar lo que la parturienta quiere y desea para su parto, a la vez, que ayuda a la mujer a sentirse más segura y acompañada.

Prospectiva

Desde nuestra tesina se desprenden nuevos cuestionamientos o problemáticas sobre el parto humanizado para continuar trabajando desde el campo de la comunicación social y las ciencias sociales. Dejamos aquí disponible nuestro aporte y una posible área de intervención social a través un taller integral para mujeres embarazadas que incluya el aspecto físico, emocional y simbólico-cultural; reconociendo la importancia de trabajar sobre las propias representaciones sociales internalizadas que del embarazo y el parto tienen las embarazadas. Y para ello, es fundamental analizar la influencia que el contexto social, familiar, cultural e institucional tiene sobre la forma de vivir, pensar y tomar decisiones en el embarazo, el parto y en la futura maternidad.

Nuestra tesina se basó en el análisis de entrevistas a mujeres de clase media, cuyas posibilidades de elegir dónde, cómo y con quién parir son inmensamente más amplias que la de mujeres de clases populares. Según el Sistema Informático Perinatal (SIP) -perteneciente a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación- en la Argentina en el 2008, del 99% de las embarazadas han recibido asistencia de su parto en alguna institución médica, un 10% llegaron al parto sin haber tenido contacto con el sistema de salud, es decir, sin haber recibido ningún tipo de control prenatal. Y de las que efectivamente se controlaron, sólo una cuarta parte (24,3%) comenzó los controles en el primer trimestre. Es menor todavía el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en recibir algún tipo de preparación para el embarazo (Ministerio de Salud, 2013).

La implementación de un programa de comunicación destinado a las embarazadas que menos recursos tienen puede convertirse en una estrategia de empoderamiento con el propósito de erradicar la violencia física y emocional que se continúa ejerciendo sobre las mujeres en el proceso del embarazo y el parto.

A su vez, se manifestaron otros posibles emergentes que han surgido a lo largo del análisis. Por un lado, la posibilidad de analizar las representaciones de los varones/padres sobre el embarazo y el parto; por otro, analizar el fenómeno del *parto orgásmico* en relación al cuerpo-emociones.

9. Bibliografía

- Althusser, L. (1970). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Althusser, L. (1967) *La revolución teórica de Marx*, Siglo XXI, Buenos Aires, 1967.
- Amorim, M. M. R. y Katz, L. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de mayo de 2012). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Aristóteles. (2004) *Tratado del Alma*. Buenos Aires: Losada. (12), 42-43
- Asociación Obstétrica Argentina (2017). *Semana Mundial del Parto Respetado*. Recuperado de: <http://www.aoargentina.org.ar/noticias/105-partorespetado.html>
- Barbalet, J. M. (2001). *Emotion, social theory, and social structure: A macrosociological approach*. Cambridge University Press.
- Bericat Alastuey, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers: revista de sociología*, (62), 145-176.
- Bericat Alastuey, E. (2012). Emociones. *Sociopedia. isa*, 1-13.
- Bettelheim, B. (1999). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Madrid, Crítica, 1999.
- Broguet, J., Mennelli, y Rodríguez M. (2014) Hacia una epistemología corpórea. *Revista Inquieta*.8.
- Buttler, J. (1990). Variaciones sobre sexo y género. *Beauvoir, Wittig y Foucault*. En: *Benhabib, S., Cornell, D. Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia: Generalita valenciana.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción* (Vol. 68). Universitat de València.
- Burgo, C. (2004). *Parir con pasión: escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento*. Longseller.
- Bustos Domínguez, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. *Acta bioethica*, 6(1), 103-111.
- Carrascosa, L. G. (2010) *El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*. Madrid 7ma Edición.
- Chairó, L. Una aproximación al cuerpo en la obra de Michel Foucault. Recuperado de: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num15/sociedad-chairó-cuerpo-michel-foucault.php#5>
- Castro, F., Edivey, B. y Correa, F. (2001). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva*. 2011;7(3): 333-345.
- Chávez, N. M. R. (2014). *Quebrantando Normas, Acercamiento a las Maternidades Lésbicas*. Medina, CFM, Amaral, FP y Martínez, MNG (comps.) *Genero y Discurso: fuerzas regulatorias dominantes y márgenes de gestión de las autonomías*. Barranquilla/Cúcuta: Universidad Simón Bolívar.
- Citro, S. (2010). *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.

- Climent, G. I. (2009). Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (37), 221-242.
- Conde, M. (2005). Cine Argentino y género femenino: Un asunto que no es de polleras. *Ponencia, FCS. Carrera de Comunicación. UBA*.
- Davis-Floyd, R. (2004). El modelo tecnocrático en medicina. *Davis-Floyd R. Del médico al sanador*. Buenos Aires. Creavida.
- Davis-Floyd, R. (1993). *Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina*. Recuperado de:
http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/05_TRES_PARADIGMAS.pdf
- De Miguel Álvarez, A. (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista internacional de Sociología*, 61(35), 127-150.
- Descartes, R. (1994). *Meditaciones metafísicas*. Panamericana Editorial.
- Descartes, R. (1980). Tratado del Hombre, trad. de G. Quintás. *Editora Nacional. Madrid*.
- Descartes, R. y Gilson, E. (2012). *Discours de la méthode*. Vrin.
- Dick Read, G. (2005) Childbirth without fear. The Principles and Practice of Natural Childbirth. Edition
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva*, 10(3), 627-37.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1973). Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Barcelona. Edición Española Editorial.
- Eisner, E. W. E. W. (1998). *Cognición y curriculum: una visión nueva* (No. 37.01). Amorrortu.
- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja. *Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficante de sueños
- Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, 18 (supl. 1), 113-129.
- Fernández, A. M., & Bellucci, M. (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias* (Vol. 22). Paidós.
- Ferrer, C. (2005) La Curva Pornográfica: *El sufrimiento sin sentido y la tecnología, Teórico del Seminario Informática (2do cuatrimestre)*.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. In *Actas I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad: debates y prácticas en torno a violencias de género*.
- Foucault, M. (1986). Vigilar y castigar Madrid: Siglo XXI. Links.
- Foucault, M. (1996). Hermenéutica del sujeto, trad. Fernando Alvarez-Uría, La Plata (Argentina). *Altamira*.

- García Carrascosa, L. (2010). El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. *Importancia del parto natural*.
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei: revista de filosofía*, (74), 6.
- Gaskin, I. M. (2007). Partería Espiritual. La naturaleza del nacimiento entre el amor y la ciencia.. Buenos Aires. Mujer Sabia Editoras.
- Gerbotto, M. (2007). *El mundo entre las piernas: El proceso de medicalización en relación con la construcción de prácticas y representaciones sociales respecto del embarazo-parto- puerperio*. Facultad de Humanidad y Artes, Escuela de Antropología, Universidad Nacional de Rosario.
- Giberti, E. (1992). Parto sin temor: el poder que perdemos. En: Fernández, A. M. y Bellucci, M. (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias*. Paidós.
- Giroux, H. A. y Giroux, H. A. (1996). *Placeres inquietantes: aprendiendo la cultura popular/Disturbing pleasures: learning popular culture* (No. 37.015. 4). Paidós Ibérica.
- Giroux, H. A. (1992). *Teoría y resistencia en educación: una pedagogía para la oposición*. Siglo xxi.
- Gómez Gascón, T. y Ceitlin, J. (1997). La medicina de familia en el mundo. *Medicina de familia: clave del nuevo modelo*. Madrid. semFYC y CIMF, 1-8.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad Sharon Hays*. Paidós.
- Hernáez, Á. M. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- James, D. (2004). *Doña María: historia de vida, memoria e identidad política*. Ediciones Manantial.
- Jeréz, C. (2014). Clase y género en las propuestas de la "Humanización" del parto: Un análisis desde la Antropología feminista. *En Zona Franca*. Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres. Año XXII, Nº 23, 2014, pp. 83-92.
- Jeréz, C. (2015). Paradojas de la "Humanización del parto": ¿Qué partos merecen ser "empoderados"? *XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge (comp.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (2007). Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, 191-217.
- Jordan, B. (1992). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press.
- Kemper, T. D. (1978). *A social interactional theory of emotions* (p. 933). New York: Wiley.
- Lagarde, M. (2015). *Claves feministas para mis socias de la vida*. Buenos Aires. Batalla de Ideas.
- Leboyer, F. (2010). *Nacimiento sin violencia*. Madrid. Gaila Ediciones.
- Le Breton, D. (2002). Antropología del cuerpo y modernidad. *Buenos Aires, Nueva Visión*.

- Lorenzo, C. E. Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho. *VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.*
- Luna Zamora, R. (2010). La sociología de las emociones como campo disciplinario. Interacciones y estructuras sociales. A. Scribano y P. Lisdero *Sensibilidades en Juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones.* Córdoba: CEA-CONICET. Adrián Scribano.
- Martínez A. (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona. Anthropos.
- Martínez, E. y Zucconi, I. (2014). *Esto es un parto.* Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Martínez, L. G. (2006). La pedagogía crítica de Henry A. Giroux. *Sinéctica*, (29).
- Mendes Diz, A. M., Schwarz, P. K. y Camarotti, A. C. (2009). Prácticas sexuales en usuarios de drogas y riesgo de transmisión del VIH/sida. *Revista argentina de sociología*, 7(13), 150-163.
- Menéndez, E. (1990). Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones. *México, La Casa Chata.*
- Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? México: Revista Alteridades. Año IV n° 7. Universidad Autónoma Metropolitana, 1994.
- Menéndez, E. (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. México: Revista Alteridades, vol. 11, núm. 21, enero-junio, 2001, pp. 5-39. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2002). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo. *Cuadernos de Antropología Social, Universidad de Buenos Aires*, núm. 19, 2004, pp. 237-239.
- Merino, L., y Fornes, V. (2008). Gestar y parir espacios de género. Un abordaje cultural sobre la palabra, la experiencia y el poder en los modelos de parto. *Trabajo final del curso de posgrado. Construcción de proyectos en Ciencias Sociales. Investigación cualitativa, acción social y gestión cultural. CAICYT-CONICET.*
- Miller, T. (2005). *Making sense of motherhood: A narrative approach.* Cambridge University Press.
- Ministerio de Salud (2013). *Recomendaciones para la Práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Subsecretaría de Salud Comunitaria Ministerio de Salud de la Nación República Argentina.* Recuperado de:
- <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-q02.control-prenatal.pdf>
- Nari, M. (2000). Maternidad y ciudadanía, en *Historia de las mujeres en la Argentina*, Buenos Aires: Taurus.
- Odent, M. (2001) *La cientificidad del amor. El amor en la ciencia.* Buenos Aires. Creavida.
- Odent, M. (2005). *Nacimiento Renacido.* Buenos Aires Editorial CreaVida.
- Odent M. (2005). *Conferencia sobre las necesidades fisiológicas de las mujeres durante el parto.* Bruselas.

- OMS (2015), Salud Familiar y comunitaria. Advierten sobre el aumento de cesáreas innecesarias en Argentina. Recuperado de:
http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9935:advierten-sobre-el-aumento-de-cesareas-innecesarias-en-argentina-&Itemid=512
- OMS (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*, 2.
- Platón. (1982) Obras completas. Madrid, Aguilar.
- Ruiz-Vélez Frías, C. (2009). Parir sin miedo. El legado de Consuelo Ruiz-Vélez Frías.
- Rodríguez Bustos, C. (2007). Pariremos con placer: Apuntes sobre la recuperación del útero. Madrid. Ediciones Criminales.
- Rodríguez Zoya, P. G. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *A Parte Rei: revista de filosofía*, 70(5), 1-27.
- Sadler, M., (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Catalonia. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género.
- Schallman, R. (2007). Parir en Libertad. En busca del poder perdido, Buenos Aires Editorial Sudamericana.
- Schwarz, P. (2015). Maternidades en Verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones. Mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos.
- Scott, B., & Harrassowitz, C. (2004). Beyond Beethoven and the Boyz: Women's Music in Relation to History and Culture. *Music Educators Journal*, 90(4), 50-56.
- Scribano, A. (2009). Capitalismo, cuerpo, sensaciones y conocimiento: desafíos de una Latinoamérica interrogada. *Sociedad, cultura y cambio en América Latina*. Lima: Universidad Ricardo Palma, 89-110.
- Scribano, A. (2012). Sociology of bodies/emotions. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 91.
- Tabacman, P. (2010). *Parto y subjetividad*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Tabak, G. (2014). Corporalidades transformadas: Embarazo, parto y puerperio. In *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP 3 al 5 de diciembre de 2014 Ensenada, Argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4488/ev.4488.pdf
- Tarducci, M. (2008). Maternidades y adopción: Una introducción desde la antropología de género. M. Tarducci (Comp.), *Maternidades en el siglo XXI*, 15-25.
- Tubert, S.(2007) Maternidad.
En: Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Buenos Aires:Biblos.
- Verón, E. (1993). *La semiosis social: fragmentos de una teoría de la discursividad*. Gedisa.
- Varela, M. (1973). Maternidad, Mito y Realidad. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Vinderman, L., Espósito, G. y Vázquez, A. (2011) *Calidad de atención en el embarazo y parto percibida por mujeres de la Ciudad de Buenos Aires*. Facultad de Ciencias Sociales,

Universidad de Buenos Aires.

- Wagner, M. (2000). El nacimiento en el nuevo milenio. *Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa*. Jerez de la Frontera. España.
- Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista*, (10), 120-132.
- Wainerman, C. (2005). *La vida cotidiana en las nuevas familias: una revolución estancada?*. Lumiere.
- Zink, M. (2000): "Madres para la patria. 'Mundo peronista' y la interpelación a las mujeres, en Di Liscia, M. H. et al, Mujeres, maternidad y peronismo, Santa Rosa: Fondo Editorial Pampeano.

Revistas

- Maniowicz, D. (2017) Bien Paridos. Buenos Aires: *Veintitrés*.
<http://www.veintitres.com.ar/article/details/63863/bien-paridos>
- Rodriguez, M. (2016). Agencia de noticias Ciencias de la Comunicación-UBA. Buenos Aires: *Anccom* <http://anccom.sociales.uba.ar/2016/11/22/mujeres-respetadas/>
- Hospital Austral (2017) Parto Seguro Sin Intervención
<http://www.hospitalaustral.edu.ar/especialidades/parto-seguro-sin-intervencion/#info>

Taller Integral para Embarazadas

- Alexander, G. (1983). *Eutonia: um caminho para percepção corporal*. Martins Fontes.
- Kaplan, F. (2006). *Embarazo y nacimiento eutonico: metodo Frida Kaplan*. Ediciones B.
- Lowen, A., & Lowen, L. (2000). *Ejercicios de bioenergética*. Editorial Sirio, SA.
- Patricia, S. (1987). Expresión Corporal, Arte, salud y Educación. *Espressione corporea. Arte, salute, educazione* Humanitas. Buenos Aires.
- Rodríguez, M. D. C. M. (2009). *El cuerpo creativo: Taller Cubano para la Enseñanza de la Composición Coreográfica*. Balletin Dance.
- Souto, A. (2013) Formación de Yogaterapia con Eutonía. Material teórico-práctico.
- Suárez, C. (2004). *Una aproximación al sistema Fedora Aberastury: espacios desconocidos, lugares imaginados*. Editorial Lumen.
- Verger, P. F. (1999). *Lendas africanas dos orixás*. Corrupio.
- Von Laban, R., Delfini, L., & Zagatti, F. (2009). *La danza moderna educativa*. Ephemeria.

10. Anexo

Relatos del parto de las entrevistadas

Carla (cesárea no programada en la semana 41,3 debido a un mioma que impedía que el bebé se encajase)

Relato de parto parto fallido: 4/11/16

Mi trabajo de parto comenzó estando en la semana 39.4. Ese es el día que considero como inicio de todo lo que vino después. Era viernes. Me había levantado rara, un poco pesada, un poco dolorida, y mi compañero se quedó en casa porque pensamos que por ahí ya venía Luna. Tenía fecha de parto el 11 de noviembre, pero los otros obstetras que había visto antes de dar con el que me sentí más cómoda me dieron fecha el 7. Yo calculaba, estaba segura, que venía antes. La esperaba.

Ese día hacía mucho calor, estábamos en casa, tomando mate en la cama y comencé a sentir una presión hacia abajo, un dolor distinto en la pelvis y mucho dolor como de ovarios. No aguantaba estar acostada así que me paré y caminé x toda la casa, empezaron las contracciones, mas suaves primero, luego más fuertes, un dolor hermoso. Trataba de vocalizar la "O", pero no me aliviaba, venía la "A", así que así andaba "AAAAAA" por toda la casa. Mi compañero me seguía, me traía manzana y vasos de agua.

Le escribí a la homeópata para ver si empezaba a tomar los glóbulos, no sabía si estaba en TP [trabajo de parto] o era falsa alarma. Preparé los glóbulos y empecé. Llevamos la pelota al living, pusimos música y empezamos a tomar el tiempo de las contracciones mientras seguía con la "AAAA". Raro, cada 2 minutos, cada 3 minutos, y así seguía. Llamé a mi obstetra: "llamá a Raquel", me dijo la partera, a quien solo había tenido la oportunidad de ver 1 vez, en el medio de otras 50 personas, en 1 de las clases de parto (que me parecieron horrendas y completamente inútiles, llenas de clichés y mal gusto). Ya habíamos charlado con mi obstetra que no me gustaba nada el hecho de no poder tener una charla previa con ella, que no nos conocía ni sabía nada de lo que veníamos charlando con él hacía meses. Él me aseguraba que ella era respetuosa y que lo que hablabamos con él se iba a cumplir.

Raquel me preguntó como estaba, como me sentía, cuando le dije que el tiempo de las contracciones me dijo que no podía ser, que ya hubiera parido de ser así, que me tome una buscapina, a la bañera, a la cama y la llame en 2 horas.

Volvimos a tomar el tiempo, me equivoqué, pensaba, pero no, era así. Tomé la buscapina, seguí un rato más en la pelota disfrutando el solcito q entraba x la ventana y la música. Me metí en la bañera, pero no aguantaba mucho estar quieta, las contracciones seguían igual de tiempo, pero bajaba la intensidad. Salí, me metí en la cama, estaba cansada, me dormí. Me despertó mi compañero, tenemos que llamar a Raquel. Pasó todo, no hay más contracciones.

Raquel nos dice que está en *la Suiza*, que la vayamos a ver ¡Al fin!. Mientras Diego busca donde estacionar yo subo a encontrarme con ella. Cuando la veo me mira y me dice: ¡te reconozco x la cara de felicidad que tenés! Cuando me acuesto en la camilla aparece, como siempre, la protuberancia en mi panza que formaba el mioma. Raquel me mira, le digo: "te

presento al mioma, ya tiene como 8 cm x 6". Le paso las ecografías, le digo lo que dice el obstetra al respecto: "Luna ya está ubicada cabeza abajo, y el mioma está cerca del ombligo, no tiene porqué impedirle el descenso".

Aclaro esto: antes de ver a este obstetra pasamos por la consulta de alrededor de 8 profesionales de distintas instituciones, y un montón de manos en ecografías y controles, no específicamente por el mioma, sino buscando alguien que respetara nuestros deseos y opiniones. A medida que crecía el embarazo, crecía el mioma, alimentado x las mismas hormonas. Y también crecían las opiniones de todos profesionales y técnicos al respecto de éste (desde que no pudimos ver el sexo del bebé porque "la pelota no dejaba ver nada y le estaba quitando espacio", al "no pasa nada con esto, vas a cesárea y ya"). Y también tuvimos un episodio complicado en la semana 20, un fin de semana con muchísimo dolor tipo cólicos que derivaron en contracciones, 3 guardias hasta que comprobaron que el cuello del útero seguía intacto y nos dejaron en observación unas horas hasta que pasó el dolor. Mientras: un montón de conjeturas que terminaban en "sí, claro, el mioma puede ser muuuy doloroso".

Cuando fuimos a conocer al que fue finalmente nuestro obstetra, mirando los estudios, nos explicó que el mioma no tenía porqué ser doloroso ni una complicación, que lo que seguramente había ocurrido es que había apretado el intestino y por eso los cólicos, y que la ecografía (llena de mediciones que "no se podían hacer porque el mioma no lo permite") estaba mal hecha, que el bebé estaba bien, que no tenía poco espacio, y que la persona que nos había dicho esto era una bruta. Nos mandó de nuevo la eco y pudimos saber el sexo de nuestro bebé y hacer las mediciones correspondientes.

Vuelvo a Raquel, me pide permiso y me revisa, tengo 1 centímetro de dilatación. Llega Diego. Charlamos sobre lo que esperábamos para el parto. Nos dice que por el tamaño del mioma y la fecha de gestación, ella tiene que ofrecernos, si nosotros queremos, una cesárea. Le digo que: "no gracias". Me dice que tiene miedo por el mioma pero que me ve segura y entonces ella está segura, que es el punto más importante para tener un parto vaginal, PERO, un gran PERO, que frente a cualquier mínima complicación, no voy a poner en juego la salud del bebé, ni la tuya, te opero. Dice que no cree que pase del fin de semana, nos cuenta su itinerario para que la ubiquemos x cualquier cosa. Nos manda de vuelta, felices, más tranquilos de haber podido hablar con ella y ansiosos x lo que vendría. Pasamos un fin de semana hermoso, nos quedamos en casa, escuchamos música, nos mimamos mucho, comimos rico.

El sábado me escribe Raquel, sin novedad, le digo. El domingo lo mismo. El lunes lo llamo al obstetra (que ya está al tanto de todo), me pregunta como estoy, como se mueve Luna, voy a monitoreo y da perfecto y así seguimos. Ahí empiezan los miedos, se acerca la fecha, y no pasa nada, y yo comienzo a preguntarle, cosas que me di cuenta que a él nunca le había preguntado, porque nunca pensé que llegaría a esa instancia, pues lo que habíamos hablado cuando nos conocimos y durante el embarazo fue: "vos empezás el trabajo de parto de tu casa, hablás con Raquel, hacés lo que quieras, cantás, bailás y te movés como quieras, comés lo que quieras y vas a la clínica con 8 de dilatación mínimo, yo no

intervengo, recibo al bebé y si no es absolutamente necesario no hago episiotomía ni nada de nada”.

Entonces empiezo a preguntar: hasta cuándo me espera, cómo es la inducción, si me puedo mover, si puedo comer, si puedo poner música, y me dice que le pregunte a Raquel, que la que está en ese momento conmigo es ella, pero que no cree que en IADT (Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento) nos dejen hacer nada de todo eso (ya habíamos ido al IADT y habíamos conocido las salas de parto, yo había preguntado si podía ingresar con mi pelota y me habían dicho "que probablemente sí", habíamos ido a Neo, charlado con el director para que respetaran nuestras decisiones). Le pregunté por los óvulos para inducir...no le gustan - me dice - porque si hay alguna complicación no puede frenar el trabajo de parto, en cambio con la oxitocina sí. No me gusta nada, ya no sé qué hacer, ruego que Luna quiera venir antes, no quiero cambiar de obstetra de nuevo.

Sigue sin pasar nada. En el último control me dice que nos espera en la clínica el lunes (semana 41) para la inducción. Pasamos todo el fin de semana. No quiero, no estoy convencida, no está bien. El domingo a la noche lo llamo y le digo lo que pienso. Vamos al consultorio el lunes y charlamos. Me revisa, me dice que sigue todo igual, que no cree que avance (sigo con 1 cm de dilatación), que nos espera 3 días más, que hay estudios que demuestran que luego de la 41.3 puede haber complicaciones, y que él espera eso, no más, que me relaje, que puede pasar en cualquier momento. Camino más que nunca, intento relajarme, voy a yoga, sigo con los glóbulos, le hablo a Luna, le canto, le digo que la amo y que la espero cuando ella esté lista.

Relato de parto cesárea: 16/11/16

Era miércoles, un día antes a la fecha límite del obstetra, semana 41.2. Me siento bien, estoy en casa, almuerzo y durante un rato laaaaargo no siento a Luna moverse...me como un chocolate..no pasa nada, me asusto. Llamamos a Raquel. Se está volviendo a la casa pero va para el IADT, me dice que nos veamos ahí y que lleve los bolsos por las dudas. En el auto Luna pateo de nuevo. Estoy feliz! Vamos a ver a Raquel igual. Nos preguntamos qué hacemos, ¿empezamos la inducción hoy? Es lo mismo, hoy a las 5 de la tarde que mañana a las 6 de la mañana? No sé, no es lo que quiero, pero ya no sé qué hacer. Raquel me recibe directamente arriba - a Diego no lo dejan entrar -, en la entrada a la sala de parto. Entro y la veo, están en fila, Raquel, una doctora y un doctor. ¡¡Se movió!! Le digo yo feliz y Raquel se rió, y me dice: ""me vas a matar de un susto", "no, ella me va a matar de un susto", le digo yo. Los otros dos, una cara de culo terriiible.

Me lleva a una salita y me pide permiso para revisarme, digo que sí pero que entre Diego. Me cambio y lo dejan pasar, mientras está preparando todo la doc con cara larga le dice algo a Raquel de preparar la inducción y ella le dice: "no no, me ocupo yo, primero voy a ver como está, voy a hacer un monitoreo y vemos". Viene Diego. El monitoreo da bien. Me pregunta qué queremos hacer, sabe que es hoy o mañana, ya habló con el obstetra. Ya está, lo hacemos hoy. Lo mandan a Diego a hacer papeleo. Me pregunta si comí y que comí. Empiezan a preparar todo y le digo que voy a necesitar moverme, me dice que no, porque necesita controlar las pulsaciones

x el mioma (a esta altura todos tienen miedo que el mioma no le esté dejando pasar los hombros hacia abajo): "vamos a inducir, a esperar como máximo 6 horas y vemos que pasa, sino, a cesárea". Ya fue - pienso yo - va a venir, yo sé que va a venir y voy a poder. Me mentalizo, me ponen el monitor y el suero y el goteo. La sala es horrible y fría pero no me importa nada, ¡voy a conocer a Lunita! Raquel me pregunta cómo estoy, perfecta, y se va a llamar al obstetra (no hay señal ahí). Me pongo a cantar, entra una enfermera, me mira, sonríe y se va, viene una contracción: AAAAAA bajito, no pasa nada", sigo cantando: "y una amapola me lo dijo ayer, que te voy a ver, que te voy a ver, y un arcoiris me pintó la piel, para amanecer contigo"...

Entra la enfermera, dejo de escuchar los latidos, le pregunto si está todo bien, me dice que sí. Entra la doctora con cara de culo, pregunta que pasó y mira los latidos, dice que bajaron las pulsaciones, "¿qué pasa?" - pregunto yo - y no me contesta, me parece todo muy violento. Le dice a la enfermera que prepare un duva. Trata de volver a escuchar y me apreta el mioma, duele. Entra Diego y le piden que guarde los bolsos en unas bolsas, mientras la doctora me dice que no puede escuchar los latidos porque tengo la vejiga muy llena, me ponen una chata y me pide que haga
pis....todos
ahí....no
puedo....
Le dice a la enfermera que prepare una sonda y yo no entiendo nada, me van a poner la sonda, me explica Diego y me da la mano y yo no entiendo nada, ¿¿¿por qué??? Sonda, sale el pis, parece... Vuelven a escuchar las pulsaciones y entra Raquel, como pensaban, dicen: "una sola contracción y bajaron, está trabada por el mioma". Me van a poner algo en el suero, pregunto qué es y la doctora me contesta de mala manera que es un duvadilán, que hay que frenar el trabajo de parto. Raquel me dice que hay que ir a cesárea, que no puede pasar Lunita, que me quede tranquila, que va a salir todo bien. Me explica que me van a poner la anestesia y esperar que haga efecto y que mientras ella va a llamar al obstetra para que vaya ya. Le recuerdo que me prometió que de ninguna manera me iban a atar las manos, que tengo claustrofobia, me dice que me quede tranquila.

Lo hacen salir a Diego. Me llevan en la camilla al quirófano. La sala es enorme y fría hay mucha gente que va y viene, yo lloro sentada en la camilla. Entra Raquel y me toca los hombros, me dice que no me angustie, que va a estar todo bien, que Pablo (el obstetra) ya llega. El anestesista se presenta y entra y me cuenta todo lo que va a pasar. Me pone la anestesia, no duele, solo quiero que vuelva Diego. Pregunto donde está y me dicen que afuera pero hasta que no esté todo listo no lo pueden dejar pasar. Llega Pablo, yo lloro sentada, me dice que está todo bien, que sabíamos que podía pasar, que él va a estar del otro lado de la tela, pero está ahí.

Preparan todo, me hacen apoyar los brazos en unos taburetes, como en cruz, prometo no moverme, levantan la tela muy cerca de mi cabeza y me empiezo a desesperar, no no, así no, tengo claustrofobia!!! Nadie me da bola, por un rato largo, yo estoy desesperada, pido por favor que dejen entrar a Diego, nadie me da bola, hay mucha gente en la sala, escucho al obstetra que dice que lo dejen entrar así yo podía estar tranquila. Entra Diego y le dan un espacio re chiquito, no se puede mover casi. Le digo que me ahogo, que así no, que me ayude. Trata de correr un poco la tela pero el anestesista (el único además de Diego en mi campo visual) le dice que no puede tocar nada. Me pregunta qué pasa, le explico, y trata de correr un poco pero no se puede. Mientras escucho que hablan de cualquier cosa, que tal se separó de cual y mil boludeces

más, viene Raquel y me dice que voy a sentir un tironeo fuerte. Empieza, me desespero, Diego me apreta la mano y me dice que lo mire a él. Escucho a Pablo que dice algo, Raquel me dice que se va a tener que subir encima...le pido que no, me dice que lo tiene que hacer. Se sube y me pone la axila así delante de la nariz, me ahogo, no puedo respirar, estoy muy resfriada, Raquel me ahoga: ¡no pasa nada me dice, no te ahogas! No puedo mover nada...Me concentro en los ojos verdes de Diego y pienso que me muero y que no voy a conocer a mi bebé. Tironeos, sacudones, siento que mi cuerpo no es mío, soy una bolsa de papas, no siento nada, solo miedo. Escucho a Pablo que dice que bajen la tela así la puedo ver.

Veo a Luna, por primera vez, coloradita, chiquitita, cachetona, hermosa, mi vida...digo. Quiero abrazarla, apretarla, ponerla contra mí, pero no soy yo, me muestran todo como si estuviera en una película. Se la llevan, Diego se va con ella y la escucho llorar. No sé bien cuánto tiempo pasa, parece una eternidad, me están cosiendo, estoy sola de este lado de la tela. Estoy feliz pero muy angustiada también. Aparece Diego con Luna en brazos. Veo la mirada de amor en sus ojos y entiendo que está todo bien. Trata de acercarla a mí pero no sabe como, estoy acostada y no puedo usar mis manos. Una enfermera se la saca de las manos y la acerca a mi cara. Con el único movimiento que puedo hacer levanto mi cuello y trato de mirarla, pero está tan cerca mío que me cuesta hacer foco.

Le doy besitos en la frente, siento la piel y los pelitos con mi boca. Me ahogo con mis mocos, bajo la cabeza, respiro, vuelvo a subir y besarla y así todo de nuevo, y en el medio de todo esto, llego a pensar qué bizarro es todo.

De ahí en más, una nebulosa, el obstetra que me felicita y me dice que efectivamente el mioma no la dejaba bajar, que le costó un montón sacarla...a la habitación, indicaciones, más indicaciones, medicación, frío, interrupciones cada 5 minutos durante los próximos 2 días (del personal de la clínica, a la familia ni le avisamos aún, y no iban a venir a la clínica), una lactancia mal iniciada por mal asesoramiento....no me importa nada, tengo a mi bebé contra mi pecho y no dejo que se la lleven por nada del mundo. No la suelto más.

La piel, el olor, el calorcito y el leve peso de ella cuando duerme encima mío, la felicidad de verla dormir sobre el pecho de mi compañero, y la mirada de amor, tengo todo, y para sanar tengo tiempo.

Hoy puedo escribir el relato, 5 meses después, luego de haber llorado por no haber sido la protagonista de mi parto, por haber peleado durante casi 4 meses con pezoneras, grietas, sondas, relactadores y mamaderas, con mi beba en brazos dormida y prendida a la teta casi 24 hs. al día, y todavía me pregunto qué pasó.... y todavía siento que me robaron un pedazo de la historia, no la más importante, porque esa la construyo día a día desde que la tuve en brazos por primera vez, pero sí la que esperaba, para la que prepare, informe, averigüé, busque y pelié, porque yo QUERÍA PARIR.

Lucila (cesárea programada en la semana 38 por embarazo de mellizos)

Te escribo ahorita porque recién es cuando puedo conectarme tranquila y hacer la

descripción del nacimiento de los *mellis*. Como sabrás tenía una fecha de cesárea programada, si es que no se adelantaba el parto....que, en ese caso, hubiese sido cesárea aunque se adelante de la fecha fijada ¿Por qué? Porque era un embarazo gemelar y con antecedentes de preeclampsia y muerte fetal, o algo así le decían. En fin...siempre atenta al equipo médico y a sus consejos , atenta a mi ser interior que conectado con el universo me decía: "va a ser lo que tenga que ser". Recé mucho todo el embarazo..me hice un talismán con un chaman mexicano, me sahumé, me dejé acompañar...igualmente ni todo eso hizo que el día previo a la cesárea no pegara un ojo en toda la noche. Mucha ansiedad...de esas q sentís el día antes de rendir la ultima materia...pero con expectativa de lo que me depara la vida. Llegamos al hospital a las 6am., si no fuera x q tenía esa panzota, parecía que iba a hacerme cualquier intervención menor. Eso no estuvo bueno ya que tiró al piso mi expectativa inicial de sentir la premura de mis hijos llegando por voluntad propia. Todos los médicos y equipos del Cemic fueron muy cálidos, me hacían chistes y todo. Mi compañero, fundamental pilar de toda esa etapa, con todo su mundo dosificando su ansiedad fue el mimo constante q me hizo sentir que la familia estaba lista para recibir a estos bebés. Lejos de ser un final de algo, para él era la línea de partida. No sentí dolor, ni la peridural, ni el corte, ni las piernas. Pero sí escuché sus voces por primera vez y la sensación de mágica de ser todo al mismo tiempo receptora y dadora, creadora, conexión absoluta con el universo...algo se me acomodó adentro, todavía no sé bien qué. Los bebés nacieron con *apgrard* arriba de 8 los dos, mucha vitalidad. Camila nació primero, de espaldas, después Federico de cabeza. Miré atentamente sus cordones, yo ya les había pedido que esperen a deje de latir para cortarlos y así lo hicieron. El primer contacto fue suave, algo torpe ya que me los acercaron y no los pude abrazar, ni estar piel con piel, como me habían dicho y como el instinto te avisa. Pasó más de una hora hasta que lo pude hacer... una hora en la que quede impresionada por no sentir las piernas...no me acordaba que fuera tan así, y con una profunda necesidad de conectarme con mi cuerpo y yo, solos de nuevo...un extraño duelo. Cuando llegaron a la habitación enseguida los abracé y empecé a aprendérmelos de memoria. Y claro, las tetas, la leche, el calostro, el colecho, el meconio, la vitamina k, la bilirrubina.....qué se yo...estaban vivos, abrían sus ojos, se movían, agarraban la teta...ya está. Los amo para siempre y sigo diciendo que va a ser siempre lo que tenga que ser. Agradezco haberme sabido amar a mi misma primero para hoy cometer errores amorosos y no egocéntricos. Hasta el día de hoy leo, participo, busco sobre crianza, apego, colecho, desarrollo fisiológico, alopátia *versus* homeopatía, *shantala*, maternal o niñera, papilla o *blw*....y, en general, construimos artesanalmente la crianza basada en nuestro sentir.

Patricia (tenía cesárea programada para la semana 36 por embarazo gemelar)

Parto cesárea de urgencia por pico de presión. Estaba programada para el 14 de noviembre y nacieron el 10 de 34 semanas y 5 días. Pesaron 2.222 y 2.464 kg. Tengo un recuerdo lindo, estaba nerviosa pero en cuanto me dijeron que iba a nacer me calme. La anestesia muy bien, ni sentí el pinchazo. Solo una especie de frío y temblor que enseguida me tranquilizaron que era la anestesia. En todo momento me preguntaban si estaba bien y mi pareja

me acompañaba dándome tranquilidad. Estaba también la partera junto con la obstetra. Ni bien nacieron me las pusieron a las dos cerca de mi pecho y fue el momento más hermoso de mi vida. Luego se las llevaron junto con mi marido. A More, la más grande la bañaron y a Cande no, solo la limpiaron. Ahí estaban las incubadoras preparadas para llevarlas a *neo*. Mi pareja fue con ellas. Mientras tanto, a mí me terminaban de coser. Luego se fueron todos y me dejaron en la camilla esperando al camillero jajaja. Ya nadie me daba bola. Hasta que me llevaron a la habitación y recién pude ver a mis hijas al otro día al mediodía que empecé a caminar media dolorida. Ellas nacieron a la madrugada.

Johanna (cesárea no programada, luego de haber comenzado el trabajo de parto).

Perdí el tapón mucoso a las 5 am y desde ahí empecé con contracción de pre parto cada 10 minutos con algo de dolor. Estaba fuera de fecha ¡20 días antes! Llamé a la partera que estaba en la clínica y me fui a verla. Me hizo tacto y no tenía dilatación. Me mandó a casa a que me quede acostada, me tome una *buscapina* y cuente la frecuencia. El dolor cada vez era mayor y las contracciones nunca se fueron. A las 18hs. me metí a dar un baño caliente a ver si calmaba y a las 20hs. ya eran gritos de dolor así que llamamos al obstetra y nos fuimos a la clínica. Ahí ya estaba con 4 de dilatación así que llamaron a todos para q vengan. El dolor aumentaba, pero cuando me rompieron la bolsa fue realmente *terribleee*, hasta q llegó el anestesista y me dio la peridural. Ahí intenté que fuese natural. Tenía toda la dilatación pero Teo no salía y las pulsaciones bajaba, después de varios intentos, no se pudo, así que quirófano. Nació respirando con dificultad así que fue a *neo*. Yo lo vi cuando lo sacaron y recién al día siguiente. Nació a las 23.30hs., así que pase la noche sin verlo. Encima no había cuarto, por lo que mi marido y yo dormimos en el quirófano... fue un día y una noche difícil, pero con un final muy feliz. Espero que te sirva mi relato.

Julieta (cesárea no programada, en la semana 41,3 no tuvo dilatación)

Bueno, acá te paso la experiencia del parto hasta el nacimiento de *Santi*. Bueno, los controles siempre se fueron dando bien, pero a partir de la semana 38 que es cuando empezamos a controlar el tema de la dilatación siempre estuvo igual, nunca dilaté. El pediatra me esperó hasta mitad de la semana 41 (porque en esa semana él ya me había aclarado que sino que íbamos a proceder a hacer una inducción como para ver si podíamos hacer dilatar. Previo a la inducción me dio un coso, que no me acuerdo bien cómo se llama. Era un ovulito para, primero, dilatar antes de hacer la inducción porque sino, desde luego que, ir a inducción sin dilatación iba a ser una locura. El gordo estaba bien igual, y yo estaba ahí, por decir, entre dos aguas. Quería esperar viendo a ver si podía nacer naturalmente pero, por otro lado, había pasado bastante tiempo y tampoco quería correr el riesgo.

Me dieron el ovulito, esperamos más o menos 24 horas, estaba exactamente igual. Me

habían avisado que, de ser así iba a ir a cesárea. Entonces, me dijeron que sí, que iba a ir a cesárea dentro de una hora. Y fue así, medio como un *shock* porque, una parte mía por ahí intuía que podía ir a cesárea pero, por otro lado, era cómo decir: "uh, en una hora ya lo voy a conocer". Y después, desde luego y como siempre, cuando me vinieron a buscar, con la camilla y todo, ahí me super tranquilicé. La cesárea estuvo muy bien, mi obstetra siempre fue muy, muy amoroso y la cesárea salió muy bien. Aparentemente, tenía de más, una doble vuelta de cordón que se había generado en el último tiempo. Pero salió todo bien y a mí lo que me tranquilizaba era el hecho de saber que la parte en donde nacía era bien al principio.

Y así fue, me dieron la anestesia, empezaron a trabajar y no pasó mucho tiempo hasta que yo empecé a sentir sus movimientos. Mi obstetra me dijo: "está viniendo Juli" y yo empecé a sentir eso y ahí me puse a llorar de emoción y salió el gordito llorando. Lo vi así de frente, me lo envolvieron y lo pusieron al costadito, un buen rato, conmigo y con el papá. Y, al rato, empezaron con la parte de cerrarme a mí. Así que se fue Santi con el papá y se quedó en la habitación con él, así charlándole y todo [risas]. Así que parte del primer contacto lo tuvo con él, después yo volví a la habitación.

Fue obvio una experiencia muy linda, encima en mi caso, no estaba programada la cesárea, entonces fue todo muy de golpe. Y lo que tengo para decirte de la experiencia, fue lo siguiente, en mi caso tuve una muy buena relación con obstetra que, como te digo, siempre fue amoroso, muy atento y muy de responder. Y las parteras inicialmente en el taller fueron muy divinas pero después las sentí como un poco frías en el parto. O sea, sí que eran cálidas pero de una manera que no se la creí mucho [risas]. Eso creo que pudo haber sido un tema porque en el curso de preparto, por ejemplo, nos iban a enseñar ejercicios para el parto. Y hubo un mal entendido y nunca los dieron. Y alguna que otra vez yo les escribí, por algo super administrativo igual, y nunca me respondió. Y me parece que esa confianza nunca se dio y bueno, qué sé yo, no te digo que no dilaté por eso, pero la sensación fue esa. De hecho, yo contraté al equipo de ellos que, muy amorosos igual, pero eventualmente de volver a hacer, volvería a hacerlo con el mismo obstetra pero sin...pero bueno, dándome cuenta qué tan fundamental es el papel de la partera.

Respecto a haber ido finalmente a cesárea y no a parto natural, el hecho en sí mismo no me puso mal. Cada bebé nace como quiere, Santi era grandote, también me dijeron que, a veces, o tardan o no salen cuando son grandotes. Era bastante grandote y largo. Lo que a mí particularmente me pasó con la cesárea fue como lo posterior. Las horas posteriores. Desde luego que no te ponés en una posición tan activa como en el parto y no deja de ser un posoperatorio. Y las primeras horas no podía hablar, estaba anestesiada básicamente, de la parte de las piernas. Entonces, estuve en la camita con Santi al lado. Y, desde luego, que estaría medio dopada o en *shock*, no termino de entender. Al día de hoy es como que lo pienso y me angustio. Igual después lo recuperé dándole la teta. "Pero no tuve el instinto de darle la teta hasta pasadas unas cuantas horas, no sé muy bien porqué. Y eso como que lo pienso así, retrospectivamente, y me re angustio. Digo: "pobre Santi". Él estaba *mega* tranquilo.

Y después otra cosa que pasó que, para mí creo que tiene que ver con la cesárea imprevista. Es que la familia cayó enseguida y vino mucha gente. Y en el sanatorio para nada controlaron la gente que podía entrar y yo estaba que no podía hablar y había mucha gente...

igual Mati, mi pareja, me dijo que eso duró muy poquito. Yo pensé que había sido toda la tarde así, en donde empezaron a tenerlo en brazos al nene y, mi sensación, es que en un momento se lo estaban pasando todos en brazos al nene y yo, en ese momento sentí que, como yo no podía hablar y no me podía mover, bueno, que lo tengan otros en brazos para contenerlo. Pero, en realidad, lo tendría que haber tenido yo. Y eso hizo que después, los siguientes días, no sé si incluso hoy, yo fuera así muy celosa del gordo. Estuvo siempre conmigo en brazos todo el tiempo y no querer que me vengán a visitar. De una buena manera, para reestablecer el vínculo que en esas primeras horas yo sentí que no tuve, o lo tuve a través de los demás. La verdad es que, lo tuve a mi lado, pero recién a la noche le di teta. Desde luego que las primeras horas fueron difíciles. La lactancia es todo un tema [risas]. En un momento, lo agarré y estuvimos con la teta toda la noche hasta que agarrara y ya me fui con él pudiendo tomar bien. Había bajado de peso los primeros días y después subió, y ahora es un gordo pero un gordo gigante [risas]. Sólo está alimentado a teta todo el tiempo y, mi sensación es que, eso que no pude tener con un parto natural o con una reacción más, por decir, "maternal" recuperé todo eso mucho con la lactancia. Y ahí le puse garra. Porque si después entra la mamadera y la leche de fórmula perdés ahí una movida. O sea que insistí por ese lado y, por tratar de preservar mucho los primeros días estar ahí los tres solitos. Tampoco fue fácil porque eran las fiestas.

Eso es lo que puedo decir en relación a lo que puedo lamentar de la cesárea, la sensación que estaba un poco en *shock*. Creo que, en un parto natural, debes estar re cansada, obvio, pero algo se transforma ya ahí en ese momento. Bueno, a mí se me transformó después [risas]. Igual muy feliz y muy contenta, cada uno viene al mundo así como tiene que venir. Sí, es que el día de hoy pienso en esas primeras horas y me pone triste que no le haya mandado teta de una y me pone triste. Pero, sí, estaba informada, pero, bueno, qué se yo... Y por lo que veo casi todas las chicas del grupo, por diferentes razones, terminamos yendo a cesárea que, igual me encanta, es un nacimiento y es un parto y es también un tipo de parto respetado.

Agustina (parto por cesárea luego de haber comenzado el trabajo de parto)

Acá te mando el relato del momento del nacimiento de Simón. Simón nació un jueves, el día anterior yo había empezado a tener las primeras contracciones, fui a lo de Pepe, el obstetra, con un tacto me dijo que tenía tres de dilatación y que fuera a la mañana siguiente. Fui y tenía cuatro, me dijo que me fuera a caminar por una plaza ahí cerca y que lo volviese a ver en una hora. A todo esto, yo seguía sintiendo las contracciones cada vez más *power*. A la hora volví y me dijo: "bueno, andá yendo para el Otamendi, tranquila, te vas internando, vas haciendo todo y vamos a ver. En algún momento de este día va a nacer". Así que al mediodía me fui para el Otamendi con Pablo [su pareja], llegó la partera. Entre una cosa y otra, me llevaron a la sala de parto, ahí me empezaron a hacer los monitoreos, el gordo estaba perfecto, yo seguía con contracciones. Vamos a la sala de parto con la partera, ahí me rompe la bolsa y, bueno, empieza todo el trabajo. Me ponen la anestesia, la peridural. Algunas cosas se me empiezan a mezclar el orden cronológico exacto de cómo fue todo, por ahí le tendrías que preguntar a Pablo [risas].

Empecé a tener las contracciones y, en cada contracción, pujaba pero, bueno, pasado el tiempo y pasado el tiempo, a cabo de dos horas, las contracciones no eran lo suficientemente fuertes. Simón no se terminaba de encajar del todo, la cabeza de él - lo que me explicó ahí Pepe- no cedía. Viste que, por lo general, los huesitos son re flexibles y se ponen como en forma cónica para pasar por el canal de parto. En la cabeza de él no pasaba eso, como que el médico trataba de acomodarlo para que entre en el canal pero la cabeza super redondida y pequeña no encajaba. Se encajaba y se desencajaba, se encajaba y se desencajaba, y así...

La verdad es que fue así un tiempito que le metí y le metí, en cada contracción me dejé la vida. Encima la anestesia no me había agarrado bien. La primera dosis no me había agarrado bien pero después te van dando como unos refuerzos cada tanto que nunca me llegaron así que sentí absolutamente cada contracción al 100%. La verdad es que fue bastante cansador y yo veía que en un momento la cosa no avanzaba. Y yo pensaba: "bueno, en algún momento terminará de salir, qué sé yo". Ahí me pusieron un poco de goteo para ver si las contracciones empezaban a ser más fuertes como para poder ayudar, pero tampoco. Y bueno, ahí escuché la palabra: "vamos al quirófano". Y me acuerdo como que medio que me puse a llorar, le dije a Pablo: "Pablo, qué están diciendo". Y me dice: "bueno, te van a hacer una cesárea pero quedate tranquila porque Simón no está saliendo y por ahí si no se llega a encajar, y queda en el medio del canal de parto sin poder salir, es más complicado. Entonces están en el dilema de que está justo ahí y qué hacen, si lo llegan a encajar y después por ahí queda en la mitad y hay que usar fórceps y toda la bola, o van a una cesárea". Bueno, esperaron un poco más, yo seguí pujando y no pasaba nada. Mal, me iban llevando en la camilla y yo pensaba: "la puta madre, tanto esfuerzo que hicimos ambos para que no resultara". Pero, bueno, en el momento Pablo me dijo: "pensemos en lo mejor para Simón y para vos. Y ya está, se intentó , no se pudo, y por ahí no está bueno forzar las cosas, entonces, tranquila. Ya está. En cualquier momento lo tenemos a Simón acá y estamos felices". Y así fue, la verdad, me llevaron a la cesárea y en cinco minutos bajaron la telita y Simón estaba ahí. En la cesárea te atan los brazos a los costados, una cosa así, igual yo ya sabía por suerte. Y apenas lo sacaron lo miré al anestesista y le dije: "soltame los brazos porque ya lo agarro". Y me lo trajeron y lo tuve ahí, besándolo, abrazándolo con Pablo. Se lo llevaron con él a mí me terminaron de cerrar y ahí, por lo que me cuenta Pablo, lo vuelven a traer para que yo lo tenga un rato, pero ahí palmé. Entre las dos anestесias y el esfuerzo que había hecho caí desmayada, así que no lo volví a ver ahí. Me desperté al poquito tiempo en la sala de parto porque todavía no teníamos habitación y al toque me lo trajeron al gordo. En menos de media hora ya estaba ahí. Lo prendí a la teta de una y enganchó. A partir de ahí fue la gente que empieza a caer, que te dice: "es hermoso", y vos estás feliz de la vida, no te importa nada. Y además estás con todos los analgésicos, entonces no sentís nada, al principio estaba con toda la energía, y te dicen: "no hables". Bueno, ponéle que no voy a hablar. Y te parece todo color de rosa, lo tenés ahí con vos bueno y es todo fantástico. Y, bueno, después con el correr de los días los calmantes van pasando y te van agarrando los dolores, no te podés mover, te sacan la sonda, después el tema de las tetas, los pezones agrietados. Pero, bueno, no sé si toda esa parte te lo tenía que contar o era solo eso.

El momento del parto fue eso. Si me preguntás ahora, tengo cierto sabor amargo de que

no haya podido terminar de la manera en que empezó, pero como que me propuse no quedarme con eso y pensar en que Simón está hoy acá, que yo ya estoy bien, por suerte, y que en definitiva, lo importante es eso. Después, bueno, la idea que una tenía y la forma en que una hubiera querido, y todo como lo sueña y lo proyecta, es una cosa y lo que termina pasando es otra. Me quedo con que hoy estamos los tres en casa perfectos y eso es lo importante.

Ana Clara (*parto natural sin anestesia*)

Bueno, te voy a contar como fue el parto de Camilo. El 24 de abril fui a un control con el obstetra y me revisó, me hizo un monitoreo y tenía tres de dilatación. Me mandó a casa con unos ejercicios que eran agacharse, con la pelota hacer movimientos, llevar la panza para adelante. Todos esos ejercicios eran para que empiecen las contracciones más seguidas y la dilatación sea cada vez más. Entonces, llegué a mi casa el viernes, pensando que ya iba a nacer [*risas*]. Empecé a hacer los ejercicios, subí y bajé las escaleras cinco pisos. Pasó una semana, seguí haciendo los ejercicios, caminé, hice mi vida normal, fui a yoga, bajé y subí las escaleras, comí bien, me hidraté bien. Las contracciones ya eran más seguidas.

El sábado a la mañana me levanté bien, no tenía ninguna contracción, después a la tarde empecé a tener contracciones pero sin dolor, yo no sabía que ya eran contracciones. A la noche vino mi hermana a comer, estábamos en casa y sentí un dolor fuerte. Yo salía a caminar todas las noches, así que dije: "bueno, voy a salir a caminar". Bajé las escaleras con las piernas bien abiertas y salimos a caminar, volví, me senté en la pelota, hice los ejercicios y el dolor se iba, pero volvía fuerte. No era tan seguido, me bañé, me puse agua caliente en la espalda. Seguíamos en la casa, yo sentía las contracciones pero no sabía que ya estaba en trabajo de parto. Me quedé con mi compañero, mi hermana se fue y al rato, le digo: "quiero salir a caminar". Cuando salí a caminar, ya dolían. Las contracciones eran más seguidas, la panza se me ponía dura cada quince minutos y sentía como una presión fuerte fuerte como que el bebé iba bajando. Esa presión hacía que doliesen más las contracciones.

Cuando llegué a mi casa, ya sentía dolores más fuertes y eran cada quince minutos. Entonces, ahí ya me empecé a dar cuenta que estaba en trabajo de parto. Me senté en la pelota, me hice masajes en la espalda y en un momento, siento como una presión más fuerte para abajo y me dan ganas de agacharme. Yo estaba sentada en la cama y, cuando me agacho, rompo bolsa y empecé a chorrerar el líquido. Bueno, nos quedamos un ratito más, preparamos el bolso, yo me cambié y salimos para el hospital en taxi.

En el camino seguía perdiendo líquido y cuando llegué me mandaron directamente para Obstetricia. Estaban los médicos, me hicieron pasar y les expliqué que tenía contracciones cada diez minutos pero que estaban siendo cada vez más seguidas.

Desde que empezó todo eso serían las 3.30 de la mañana y me dijeron que me iban a hacer el monitoreo. Me pasaron para una habitación, me hicieron el monitoreo y vieron que las contracciones eran cada vez más seguidas y que ya estaba en trabajo de parto. Se acercó el médico, me hizo el tacto y tenía entre cinco y seis de dilatación. Ahí me dijeron que ya me iba a quedar ahí y que había que esperar a que la dilatación se completara.

Yo estaba acostada y toda conectada, y estaba como muy incómoda. Lo que hice fue pedirle al médico que, por favor, me desconectase porque la verdad era que me quería parar porque lo que hacía que se me pasara era pararme y mover las piernas y que mi compañero me hiciera masajes. Entonces me desconecta después de bastante tiempo, porque además por las contracciones y que yo me movía mucho el monitoreo, no se podía hacer bien y no podían escuchar al bebé. Entonces, me paro, voy para el baño y seguí ahí el trabajo de parto. Mi compañero estaba del otro lado esperando a que yo le diese alguna indicación. Por ahí le pedía agua, pero después me di cuenta que cuando antes estaba tomando agua, el médico me dijo que no podía tomar agua porque se iba a llenar la vejiga y no iban a poder escuchar al bebé. Entonces, me mojaba la cara, la nuca e hice todo el trabajo de parto ahí en el baño. Las contracciones eran cada vez más seguidas y en un momento ya sentía que estaba todavía más abajo, ya no eran contracciones, sino que sentía ganas de pujar y, cuando pujaba se me pasaba. La médica estaba ahí atrás así que se dio cuenta por la forma en que ya no hacía la fuerza de la contracción, sino que ya pujaba. Me pide que me acueste en la camilla y cuando me acosté, me hizo el tacto y ya estaba completa de dilatación y me dijo: "ahora pujá y pujá para que se encaje bien bien el bebé y nos vamos directo para la sala de parto".

Todo el tiempo estuve bien contenida por ellas que eran parteras y obstetras. Cuando fuimos ahí a la sala de parto ahí ya me vistieron e hice tres pujos y estaba Camilo afuera [risas].

Ley de Parto Humanizado N° 25.929

Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Sancionada: Agosto 25 de 2004

Promulgada: Septiembre 17 de 2004

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° — La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

ARTICULO 2° — Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTICULO 3° — Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTICULO 4º — El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

ARTICULO 5º — Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

ARTICULO 6º — El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 7º — La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

ARTICULO 8º — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL CUATRO.